Studii de validare şi cercetări aplicative ale psihologiei şi psihoterapiei unificării

în educaţie, dezvoltare personală şi clinică

coordonator **IOLANDA MITROFAN**

Volumul I *Partea I*

Aplicaţii în educaţia, consilierea şi dezvoltarea personală a familiei, copiilor, adolescenţilor şi studenţilor



RODICA ENACHE
ELENA OTILIA VLADISLAV
ELENA ANGHEL
LAURA ELENA NĂSTASĂ

Studii de validare şi cercetări aplicative ale psihologiei şi psihoterapiei unificării

(în educaţie, dezvoltare personală şi clinică)

Volumul 1:
Aplicaţii în educaţia, consilierea şi dezvoltarea personală a familiei, copiilor, adolescenţilor şi studenţilor

coordonator:
prof. univ. dr. IOLANDA MITROFAN

autori:
lector univ. dr. RODICA ENACHE
lector univ. dr. ELENA OTILIA VLADISLA
lector univ. dr. ELENA ANGHEL
lector univ. dr. LAURA ELENA NĂSTASĂ





editura universităţii din bucureşti
2010

Studii de validare şi cercetări aplicative ale psihologiei şi psihoterapiei experienţiale a unificării

(în educaţie, dezvoltare personală şi clinică)

Volumul 1, Partea I

Aplicaţii în educaţia, consilierea şi dezvoltarea personală a familiei, copiilor, adolescenţilor şi studenţilor

coordonator:
prof. univ. dr. IOLANDA MITROFAN

autori:
lector univ. dr. RODICA ENACHE – Studiul I
lector univ. dr. ELENA OTILIA VLADISLA – Studiul II







editura universităţii din bucureşti
2010

Referenţi ştiinţifici: Prof. univ. dr. RUXANDRA RĂŞCANU
Prof. univ. dr. IRINA HOLDEVICI

© *editura universităţii din bucureşti*®
Şos. Panduri, 90–92, Bucureşti – 050663; Telefon/Fax: 021.410.23.84
E-mail: editura_unibuc@yahoo.com
Internet: www.editura.unibuc.ro

Tehnoredactare computerizată: *Victoria Iacob*

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
Studii de validare şi cercetări aplicative ale psihologiei şi psihoterapiei unificării: (în educaţie, dezvoltare personală şi clinică) / lector univ. dr. Rodica Enache, lector univ. dr. Elena Otilia Vladisla; coord.: prof. univ. dr. Iolanda Mitrofan – Bucureşti: Editura Universităţii din Bucureşti, 2010
Vol.
ISBN 978-973-737-775-3
Vol. 1. Partea 1: Aplicaţii în educaţia, consilierea şi dezvoltarea personală a familiei, copiilor, adolescenţilor şi studenţilor - ISBN 978-973-737-776-0

I. Vladisla, Elena Otilia
II. Mitrofan, Iolanda (coord.)

159.9

CUPRINS

Studiul 1:
Evaluarea şi consilierea cuplului în perioada pre şi postnatală

PARTEA A II-A: STUDIU EXPERIMENTAL PRIVIND EVALUAREA ȘI CONSILIEREA CUPLULUI ÎN PERIOADA PRE ȘI POST-NATALĂ

Studiul 2:
Abordare experiențială diagnostică și terapeutică centrată pe conceptul de Sine la adolescenți

PARTEA I: REPERE TEORETICE

PARTEA A II-A: EVALUAREA CONCEPTULUI DE SINE LA ADOLESCENȚI – NORMALITATE VERSUS PATOLOGIE

Studiul 3:
Disfuncţii ale identităţii de sex-rol la adolescenţi. Abordare diagnostică şi terapeutică

Studiul 4:
Dezvoltarea inteligenţei emoţionale a studenţilor de la psihologie prin intermediul grupului experienţial

Studiul 1

Evaluarea şi consilierea cuplului în perioada pre şi postnatală

coordonator:
prof. univ. dr. IOLANDA MITROFAN

autor:
lector univ. dr. RODICA ENACHE

ARGUMENT

În procesul devenirii și desăvârșirii de sine, cuplul și familia sunt calea, mijlocul și șansa ca matrice fundamentală a vieții. În și prin familie, omul accede și apoi încorporează, asimilează și participă la valorile spirituale, religioase, culturale, materiale. Cuplul conjugal exprimă structural și funcțional modul în care două persoane de sex opus se intermodelează creator, dezvoltându-se și completându-se mutual, prin interacomodare și fuziune, simultan în plan biologic, psihologic și social.

Din această perspectivă, lucrarea de față, structurată în două părți, prima cu argumente de natură teoretică și a doua de factură experimentală, își propune evaluarea, diagnoza și consilierea cuplului în perioada pre și post-natală.

În primul capitol, denumit ***Comportamentul procreativ – abordare psiho-sociologică: dinamica și implicațiile asupra fertilității***, sunt analizate aspecte privind perspectiva social-istorică și demografică asupra fertilității și maternității, factorii explicativi privind identitatea psiho-sexuală și funcționarea comportamentului reproductiv la bărbat și femeie, precum și rolul fertilității în familia românească în contemporaneitate.

Capitolul al doilea tratează ***Dinamica interacțională în cuplu în perioada puerperală***, punând accentul pe cele două categorii de factori care contribuie la funcționalitatea și stabilitatea maritală: factorii de debut (iubirea conjugală, aptitudinea pentru parteneriat și ulterior adaptarea și acomodarea maritală), precum și factorii de întreținere, dezvoltare și transformare a cuplului (intercunoașterea maritală, inter-comunicarea, intimitatea conjugală și, ulterior, interacțiunea maritală, satisfacția conjugală și coeziunea cuplului).

În capitolul al treilea, ***Maternitatea – abordare funcțională și psihodiagnostică***, sunt descrise aspecte privind sarcina și reprezentarea ei psihologică, profilul psihologic al parturientei, manifestările psiho-patologice ale graviditații și ale perioadei post-natale: depresia ușoară de maternitate, *Maternity blues*, depresia post-natală etc., precum și aspecte privind graviditatea tinerelor aflate în situații de risc: maternitatea adolescentină și riscurile maternității după 35 de ani.

Capitolul al patrulea analizează ***Criza puerperală în familia contemporană***, factorii etiologici, manifestarea crizei puerperale, precum și mecanismele compensatorii implicate în gestionarea acesteia.

În capitolul al cincilea sunt descrise elemente privind ***Psihoprofilaxia obstetricală*** – metodele psihoprofilactice: metoda Lamaze, metoda Bradley, metoda Leboyer, metoda Ceaikovsky, precum și câteva programe de asistență diferențiată în timpul nașterii: programul pentru nașterea prin cezariană și programul pentru adolescentele gravide.

Capitolul al şaselea particularizează diverse ***Orientări şi modele de consiliere psihologică şi psihoterapie puerperală***: abordările psihodinamice, abordările cognitiv-comportamentale şi abordările umaniste sau experienţiale. De asemenea, sunt analizate aspecte privind consilierea cuplurilor în caz de infertilitate sau de pierdere a sarcinii.

În partea a doua, ***Studiul experimental privind evaluarea şi consilierea cuplului în perioada pre şi post-natală*** a fost structurat şi desfăşurat în 3 etape:

1. evaluarea gradului de stabilitate şi interrelaţionare în cuplu în perioada prenatală;
2. diagnoza şi evaluarea psihologică a femeilor în perioada de graviditate;
3. consilierea psihologică în perioada puerperală.

În prima etapă a cercetării, ***Evaluarea gradului de stabilitate şi interrelaţionare în cuplu***, în perioada prenatală ne propunem să analizăm factorii psiho-sociali care funcţionează pe parcursul relaţiei conjugale, asigurând homeostazia interacţională familială, comparativ la nivelul cuplurilor cu durata parteneriatului până în 5 ani şi la nivelul cuplurilor cu durata parteneriatului peste 5 ani. Aceşti factori sunt:

- nivelul de adaptare la viaţa de cuplu, care implică:
- nivelul de satisfacţie în cuplu,
- nivelul de consens diadic,
- nivelul de coeziune în cuplu,
- nivelul de expresie afectivă,
- apoi nivelul de intercomunicare în cuplu şi
- nivelul de evaluare de către parteneri a calităţii relaţiei de cuplu.

Cercetarea se va realiza pe un eşantion de 300 de persoane (150 de cupluri, din care 75 de cupluri cu durata parteneriatului sub 5 ani şi 75 de cupluri cu durata parteneriatului peste 5 ani).

În a doua etapă a cercetării, ***Diagnoza şi evaluarea psihologică a femeilor în perioada de graviditate***, ne propunem să identificăm la nivelul lotului experimental, reprezentat de 100 de tinere femei, nevoile psihologice ale acestora, să stabilim un profil psihologic al femeii gravide, să diagnosticăm nivelul de anxietate al gravidelor pentru a identifica gravidele cu risc crescut de depresie post-natală, precum şi să analizăm tipurile de comportamente anticipativ-proiective specifice categoriilor de gravide studiate.

În etapa a treia ne propunem analiza serviciilor de consiliere psihologică prenatală, perinatală şi post-natală şi realizarea unui program de consiliere psihologică desfăşurat prin următoarele acţiuni: asistenţa psiho-educaţională prenatală şi planificarea familială, consilierea psihologică a gravidelor, consilierea psihologică post-natală pentru evitarea abandonului matern.

Sperăm că acest demers investigativ realizat în plan teoretic şi metodologic să se constituie într-un argument care răspunde necesităţilor tinerelor cupluri pentru evitarea crizei maritale din perioada puerperală şi pentru adoptarea sanogenă a rolurilor parentale.

În încheiere, adresez mulţumiri şi recunoştinţă tuturor profesorilor, medicilor şi colegilor care m-au sprijinit în elaborarea acestei lucrări, în mod deosebit doamnei prof. univ. dr. Iolanda Mitrofan, pentru sugestiile şi îndrumările necesare în realizarea ei.

Autoarea

PARTEA I:
DIMENSIUNI TEORETICE ÎN STUDIUL EVALUĂRII ŞI CONSILIERII CUPLULUI ÎN PERIOADA PRE ŞI POST-NATALĂ

CAPITOLUL 1:
Comportamentul procreativ – abordare psihosociologică: dinamica lui şi implicaţiile asupra fertilităţii

1.1. Factori explicativi în dezvoltarea şi funcţionarea comportamentului procreativ. Identitatea psihosexuală la bărbat şi femeie

Iubirea este sensul şi regula de aur a întâlnirii fundamentale a sexelor, iar intercunoaşterea şi intercreaţia celor două personalităţi prin mutualitate – calea devenirii lor. Ea nu poate fi separată de sexualitate decât cu preţul alterării, devierii, regresiei sau eşuării în patologie. Identitatea psihosexuală se dobândeşte prin experienţa iubirii parental-filiale, dar se confirmă şi se dezvoltă ulterior prin cea a iubirii erotice şi conjugale. Apartenenţa genetică, biologică, la unul dintre cele două sexe, deşi determină traiectoria socială, în mare parte nu garantează în totalitate formarea identităţii psihologice de sex, adecvarea, competenţa şi satisfacţia resimţită în exercitarea sex-rolului.

Din punct de vedere psihosocial, rolul conjugal-parental constituie o formaţiune complexă de atitudini, comportamente, comunicări verbale şi expresive, orientate spre asigurarea, consolidarea şi dezvoltarea relaţiilor familiale aşteptate legitim reciproc de către cei doi parteneri. Schimbarea structurii şi a modului de realizare a funcţiilor familiei, în legătură directă cu modificările social-istorice ale epocii contemporane, a condus la o îmbogăţire şi diversificare a conceptelor sociologice şi psihosociale referitoare la familie şi, implicit, a modalităţilor de abordare a acesteia. Revoluţia industrială şi toate consecinţele ei asupra modului şi relaţiilor de viaţă au determinat înlocuirea treptată a familiei tradiţionale, rural-patriarhale, extinse, în care trăiesc laolaltă mai multe generaţii, într-o precisă diviziune şi stratificare a rolurilor, sub autoritatea unui şef, pater, *cu familia nucleară sau conjugală* redusă la cei doi soţi şi copiii lor necăsătoriţi, proprii sau adoptaţi. În secolul al XIX-lea şi în prima jumătate a secolului XX în societăţile europene sau de cultură europeană s-a generalizat sistemul *familiei nucleare* în care soţul era principala sursă de venituri a familiei şi exercita cea mai mare parte a autorităţii, soţia era ocupată în principal în gospodărie şi depindea din punct de vedere economic de soţ, copiii minori erau îngrijiţi în interiorul familiei, vârsta partenerilor la căsătorie era relativ scăzută, numărul de copii era relativ mare şi asigura înlocuirea generaţiilor şi creşterea demografică. Acest tip de familie s-a impus ca un model normativ unic, iar tot ce nu se încadra în acest model era considerat devianţă

(maternitatea solitară, divorţul, concubinajul). Începând cu anii 1970, *familia nucleară tradiţională* a înregistrat un regres rapid: în multe societăţi ea nu mai reprezintă decât 7–10% din totalul grupurilor familiale. *Specificul familiei nucleare moderne* rezidă în apariţia unui nou stil de viaţă, caracterizat prin concentrarea afectivă, comunicaţională şi acţională a cuplului conjugal, a cărui treptată separe de întreaga ramificaţie de rudenie îi conferă o independenţă proprie, cu marcată posibilitate de autoconducere şi autodezvoltare.

A. Hesnard face o sinteză a caracterelor sexomorfologice generale ale tipologiilor umane, punând accentul pe caracterele de tip anatomic şi pe cele de tip funcţional, aşa cum rezultă din tabelul următor:

Tabel nr. 1

Caracteristici anatomice şi funcţionale specifice sexului masculin şi feminin

	Caractere	Femeie	Bărbat
Anatomice	Primare genitale	Ovare Trompe Uter – vagin Sâni dezvoltaţi	Testicule Canal deferent Vezicule seminale, prostată Sâni rudimentari
	Secundare sexuale	Predominanţa dezvoltării pelviene Sistem locomotor gracil Dezvoltarea grăsimii Absenţa pilozităţii Laringe infantil	Predominaţa dezvoltării scapulare Sistem locomotor puternic Dezvoltarea musculaturii Abundenţa pilozităţii Laringe dezvoltat
Funcţionale	Primare genitale	Libido orientat către bărbat Atitudine conceptivă Menstruaţie – sarcină – naştere – lactaţie	Libido orientat către femeie Orgasm sexual rapid Atitudine fecundantă
	Secundare sexuale	Instinctul de maternitate Mare sensibilitate afectivă şi dispoziţie redusă pentru abstractizare şi creativitate Aptitudini motorii reduse Mers şi atitudini caracteristice, timbrul vocii scăzut	Instinctul de acţiune socială Sensibilitate afectivă redusă, mare capacitate de abstractizare mentală Aptitudini motorii impulsive, rezistenţă la efort, timbrul vocii grav

O importanţă deosebită în psihosexologie îi revine imaginii corporale (G. Pankow). Aceasta contribuie atât la edificarea unei imagini de sine, plecând de la care se constituie identitatea sexuală, cât şi în ceea ce priveşte rolul diferenţiat al fiecărui individ în cadrul comportamentului sexual. G. Pankow subliniază importanţa dinamicii imaginii corporale, în sensul că omul are nevoie de un corp recunoscut net în ceea ce priveşte limitele şi funcţiile sale, înainte de a se putea integra în sfera sexualităţii umane pe care să o recunoască drept aparţinându-i şi depăşind prin aceasta simpla utilizare a sexualităţii. Identitatea sexuală nu se reduce numai la apartenenţa unui individ la sexul masculin sau feminin, ci are semnificaţii multiple: psihologice, morale, social-culturale, statute şi roluri precise. În sexologie, imaginea corporală se constituie plecându-se de la schema corporală ca fundament neuropsihologic al fiecărui individ. Imaginea de sine în psihosexologie are câteva caracteristici proprii, de care suntem obligaţi să ţinem seama în

interpretarea formării tipurilor sexuale, atât în cazul femeii, cât şi în cel al bărbatului. În centrul imaginii de sine se află Eul personal, imaginea de sine fiind expresia exterioară a naturii şi caracteristicilor propriului Eu.

1.2. Modele de referinţă şi atitudini sociale privind comportamentul sexual-afectiv şi procreativ

Desprinderea familiei conjugale din familia extinsă implică o nouă structură de raporturi ale acesteia cu exteriorul, şi în primul rând cu familia de origine. Pe de altă parte, funcţiile familiale, definitorii pentru existenţa acestei forme de comunitate umană, se redimensionează din perspectivă psihosocial interacţională. Astfel, funcţiile sexuale şi de reproducere, economice, de instrucţie, educaţie şi integrare socială a descendenţilor, de protecţie şi solidaritate de grup, de dezvoltare a personalităţii se realizează în cadrul nucleului conjugal modern de o manieră aparte, angajând şi modelând noi conduite de rol marital. E. Burgess preciza că, în vreme ce familia extinsă are o structură de tip autoritar sau autocratic, în care alegerea partenerului este făcută de părinţi, pe baza statutului socio-economic şi social, iar subordonarea obligaţiilor şi urmarea tradiţiei sunt aşteptări majore, în familia nucleară se evidenţiază o structură democratică, bazată pe egalitate, consens şi participare crescândă a copiilor, alegerea partenerului se face pe bază de afecţiune, scopul său fiind fericirea indivizilor, dezvoltarea şi realizarea personală a acestora.

Cuplul modern, caracterizat printr-o serie de elemente care dezvoltă atât bogăţia întâlnirii dintre soţi, cât şi fragilitatea ei, în acelaşi timp, ridică prin constituirea şi particularităţile funcţionării sale problema necesităţii unei atente şi oportune asistenţe de specialitate care să-l poată sprijini în depăşirea momentelor de criză. *Cercetările de sociologia familiei* au pus în evidenţă o serie de *similarităţi în dinamica familiei în societăţile contemporane*:

– *scăderea ratei căsătoriilor sancţionate legal* (îndeosebi Danemarca; România prezintă una dintre cele mai înalte rate ale căsătoriilor legale din Europa);

– *creşterea vârstei medii la căsătorie;*

– *creşterea ratei divorţurilor şi a recăsătoriilor;*

– *creşterea bunăstării medii a familiei şi creşterea contribuţiei femeilor la această bunăstare;*

– *creşterea ponderii femeilor căsătorite care desfăşoară o activitate permanentă extrafamilială;*

– *creşterea calităţii îngrijirii copiilor prin contribuţia părinţilor şi a serviciilor sociale specializate;*

– *redistribuirea mai egalitară a puterii şi autorităţii între soţi;*

– *creşterea ponderii cuplurilor în care unul sau ambii parteneri au relaţii sexuale extramaritale şi creşterea toleranţei sociale faţă de astfel de comportamente;*

– *creşterea ponderii cuplurilor care folosesc mijloace contraceptive;*

– *scăderea ratei natalităţii şi a numărului mediu de copii pe familie;*

– *creşterea ponderii naşterilor în afara căsătoriilor legale;*

– *amânarea fertilităţii cuplului până la demararea carierei profesionale.*

În mod tradițional, familiile aveau copii întrucât și rațiunea socială a existenței familiei era, principial, procrearea. Familiile fără copii erau puțin frecvente și în mod obișnuit erau fie obiectul compătimirii comunitare (când nu puteau să aibă copii), fie al dezaprobării (când nu doreau să aibă copii). În a doua jumătate a secolului al XX-lea, odată cu dezvoltarea familiei moderne, *numărul familiilor fără copii* a început să crească rapid. În unele cazuri este vorba de amânarea fertlităţii sau de infertilitate, în altele este vorba de o decizie definitivă de a nu avea copii. Argumentele invocate de cupluri pentru a nu avea copii sunt aproximativ aceleași în toate societățile: nepriceperea de a fi părinți, dorința de a practica un stil de viață care oferă mai multă libertate, spontaneitate, intimitate și timp liber comparativ cu stilul de viață al familiei cu copii. Motivația principală constă în dorința de a urma o anumită carieră profesională, prezența copiilor fiind apreciată drept un obstacol în realizarea acestui obiectiv. *Ponderea cea mai ridicată a familiilor fără copii* este întâlnită la cuplurile urbane în care soția urmează o carieră profesională.

Celibatul este unul dintre factorii care determină scăderea natalității, fapt pentru care în majoritatea societăților este descurajat prin politicile demografice și sociale (taxe pe celibat, impozite mai mari plătite de celibatari, restricții în obținerea de credite pentru locuințe, în atribuirea de locuințe din fondurile publice sau chiar restricții în urmarea unor cariere profesionale).

Coabitarea consensuală este o altă formă sau fază a familiilor contemporane. Ea nu are aceeași semnificație în toate situațiile. În unele cazuri este doar o simplă coabitare premaritală, o etapă premergătoare căsătoriei. Această alternativă prezintă o mare atractivitate pentru generațiile tinere din societățile de cultură americană, dar și europeană. Ea este considerată ca o posibilitate de a crește șansele de alegere a unui partener potrivit. În alte cazuri, coabitarea consensuală este un stil de viață rezultat dintr-o opțiune de lungă durată sau definitivă.

La nivel statistic se constată o corelație puternică între creșterea numărului cuplurilor consensuale și creșterea numărului cuplurilor fără copii. La sfârșitul anilor 1980 și începutul anilor 1990, cercetările au pus în evidență manifestările unui nou tradiționalism familial, de revalorizare socială a copiilor. Acest nou tradiționalism se manifestă mai ales în țările foarte dezvoltate din punct de vedere economic. În anii 1960–1980, a crescut rapid ponderea menajelor monoparentale. Majoritatea acestor menaje sunt formate din mamă și copiii ei minori. *Menajele monoparentale* sunt în cea mai mare parte rezultatul divorțului și într-o mai mică măsură al decesului soțului sau al nașterilor în afara căsătoriei. Nivelul mediu de viață al menajelor monoparentale este mai scăzut decât al familiilor nucleare complete, iar gradul de satisfacție al părinților singuri privind viața familială este mai redus decât al cuplurilor. Cuplul modern este profund marcat de libertatea alegerii, având drept criteriu esențial iubirea, cu corolarul rupturii, când uniunea conjugală își pierde rațiunea sa de a fi prin dispariția iubirii. Mai mult decât oricând, și poate pentru prima oară, noțiunea de cuplu se bazează pe considerații afective și pe potrivire sexuală. Rolul familial feminin, fără să-și piardă din atributele esențiale legate de maternitate și educarea copiilor, de suport afectiv și moderator interpersonal al întregului grup familial, s-a dilatat și perfecționat continuu. Firesc, rezultă ca metamorfozele rolului feminin consecutive schimbărilor statutului său să se reflecte în dezvoltarea și exercitarea liber-consimțită a rolului sexual-afectiv și procreativ, în împărțirea tot mai echilibrată cu soțul a sarcinilor de rol parental.

1.3. Comportamentul procreativ şi rolul fertilităţii în familia românească – elemente de planing familial

O noţiune de mare importanţă este aceea de **planificare familială (planning familial).** Prin *planificare familială* se înţelege controlul conştient al fertilităţii, adoptat de cupluri care trăiesc într-o uniune sexuală stabilă. Mai concret, aceasta înseamnă determinarea conştientă de către cuplu a numărului total de copii şi a eşalonării în timp a naşterii acestora. În practică, *noţiunea de planificare familială* este considerată sinonimă cu limitarea naşterilor, întrucât, fiind vorba de o determinare conştientă, aceasta nu poate avea ca scop decât limitarea naşterilor. Ea ar marca deci trecerea de la fertilitatea naturală la fertilitatea conştientă. Mai mult, statele care promovează o politică de reducere a naşterilor lansează programe naţionale de planificare familială (Stăiculescu, R., 2002). *Planificarea familială este un model cultural*, determinat de numeroşi factori. Exercitarea planificării familiei presupune trei condiţii: modelul *KAP – Knowledge, Attitude, Practice* (cunoaştere, atitudine, practicare), în sensul că trebuie să existe o informare adecvată, urmată de o motivaţie pentru adoptarea deciziei de a avea un anumit număr de copii, precum şi disponibilitatea mijloacelor de a putea pune în practică o asemenea decizie.

Gradul de extindere a planificării familiale variază de la o ţară la alta, iar în cadrul unei populaţii naţionale – de la o categorie socială la alta, fiind de asemenea diferenţiat după populaţia urbană şi rurală, nivelul de instruire etc. Acest lucru este foarte important pentru a înţelege fertilitatea diferenţială. Din perspectiva studierii dinamicii familiei şi a efectelor asupra fertilităţii, un loc important îl ocupă şi *planificarea familială sau planning-ul familial.*

Planificarea familială se referă la utilizarea metodelor de control al naşterilor, furnizarea de contraceptive, testarea sarcinilor, consilierea în caz de infertilitate, sprijinul pentru cuplurile care doresc să aibă copii, educaţia sexuală, avortul şi consilierea în caz de avort, sprijinul în pregătirea cuplurilor pentru rolul de părinţi. Ideea planificării familiale a apărut în prima jumătate a secolului al XIX-lea în ţările mai dezvoltate (Franţa şi Marea Britanie, apoi Statele Unite ale Americii); de atunci dezbaterile continuă, poziţiile pro şi contra având numeroşi adepţi, la nivelul indivizilor, grupurilor, comunităţilor şi puterilor publice. Până la sfârşitul secolului al XVIII-lea tehnicile de control al populaţiei cunoscute din cele mai vechi timpuri erau avortul şi coitus interruptus, de asemenea unele metode mecanice şi chimice se transmiteau prin tradiţie în cadrul familiilor, de la o generaţie la alta. Se remarcă lipsa cunoştinţelor sistematice privind sistemul reproductiv uman în condiţiile unor restricţii culturale care delimitau sexualitatea ca *subiect tabu.* Atitudinile populaţiei faţă de contracepţie erau, la începutul revoluţiei industriale, reprezentate de perceptul biblic: *„Fiţi fecunzi, înmulţiţi-vă şi umpleţi pământul"*. Doar în cazuri speciale oamenii încercau în mod conştient să limiteze creşterea populaţiei sau să respingă mărirea familiilor. În mod natural, între populaţie şi resurse se stabilea o anumită stare de echilibru. Progresele tehnologice în domeniul producţiei de alimente şi al igienei publice, înregistrate începând cu sfârşitul secolului al XVIII-lea, au redus rata mortalităţii infantile, rezultând o creştere rapidă a populaţiei. Sporul demografic rapid a generat o anumită teamă faţă de excesul de populaţie, care se presupunea că ar putea depăşi resursele planetei. Au devenit tot mai evidente consecinţele sarcinilor numeroase asupra

femeilor, copiilor şi calităţii vieţii familiilor, în special în aglomeraţiile urbane afectate de sărăcie.

Planificarea familială s-a afirmat ca o veritabilă mişcare socială care a schimbat radical societatea impunând noi valori, cunoştinţe şi acţiuni. Obiectivul ei imediat era să facă disponibilă contracepţia pentru toţi indivizii. După cel de-al doilea război mondial s-a conturat ca o parte a programului de rezolvare a problemelor majore recunoscute de societate. Astfel au apărut programele de planificare familială cu sprijinul direct sau indirect al guvernelor. *Principalele argumente care pledează în prezent în favoarea planificării familiale ţin de:*

- *avantajele privind sănătatea*

Fertilitatea neregulată, neplanificată are efecte adverse asupra sănătăţii şi bunăstării familiilor şi colectivităţilor, în special asupra femeilor şi copiilor. Sarcinile nedorite pot agrava unele condiţii cronice preexistente, conducând chiar şi la decesul mamei. O natalitate ridicată se asociază de regulă cu o mortalitate infantilă ridicată. Planificarea familială dispune de potenţialul de a preveni o mare parte a deceselor mamelor şi copiilor.

- *avantajele economice şi sociale, prin asigurarea corespondenţei între resurse şi populaţie*

O creştere demografică rapidă complică eforturile de îmbunătăţire a bunăstării economice şi sociale. Planificarea familială face posibilă participarea femeilor la viaţa economică şi socială.

- *drepturile fundamentale ale omului*

Prin accesul la serviciile de planificare familială cuplurile şi indivizii devin capabili să decidă liber şi responsabil numărul copiilor şi intervalul dintre naşterile acestora. Pentru ca femeile să poată beneficia de dreptul la sănătate, să aibă şanse de a beneficia de educaţie, formare profesională şi încadrare în muncă, ele trebuie să fie capabile să-şi controleze propria fertilitate. *Scopul programelor de planificare familială* este acela de a pune la dispoziţie cuplurilor informaţii, mijloace contraceptive şi servicii medicale corespunzătoare. *Principalele componente ale unui program de planificare familială vizează: cunoaşterea condiţiilor; definirea obiectivelor; evaluarea cerinţelor de personal (medical şi paramedical); evaluarea nevoilor şi cerinţelor populaţiei; organizarea şi prestarea activităţilor, a serviciilor în teritoriu; informarea; supravegherea; cercetarea şi evaluarea programului.*

CAPITOLUL 2:
Dinamica interacţională în cuplu

2.1. Cuplul şi maternitatea: aspecte psihosociale şi funcţionale

În procesul devenirii şi desăvârşirii de sine, cuplul şi familia sunt calea, mijlocul şi şansa ca matrice fundamentală a vieţii. În şi prin familie, omul accede şi apoi încorporeză, asimilează şi participă la valorile spirituale, religioase, culturale, materiale.

Cuplul erotic, devine prin iubire, comunicare şi intercunoaştere, o structură generativă, deschisă la schimbare, autocreatoare, o unitate prin complementaritate. El angajează două forţe energetico-informaţionale polare (masculin şi feminin), care e intercompensează, interacţionează, se reveleaza, se cunosc şi se confirmă mutual, fuzionează, se dezvoltă şi se transformă în fiinţe mature, autonome, libere. Iubirea ne ajută să ne găsim şi re-găsim pe noi înşine prin dăruire de sine şi sacrificiu, şi prin aceasta să ne situăm în dimensiunea transcendenţei. A descoperi, trăi, practica şi dezvolta iubirea ca mod de a fi echivalează cu a deveni liber. **Căsătoria reprezintă o experienţă de maturizare a personalităţii**. Diferenţele culturale introduc diferenţe mari în căsătorie.

Din punct de vedere psihologic, *căsătoria* sau parteneriatul substitutiv ei este un proces interpersonal al devenirii şi maturizării noastre ca personalităţi, de conştientizare, redirecţionare şi fructificare a tendinţelor, pulsiunilor şi afinităţilor inconştiente de autocunoaştere, prin intercunoaştere. Scopul ei este creşterea personală prin experienţa conjugalităţii şi parentalităţii.

Naşterea unui copil este un moment magic în viaţa unui cuplu, a unei familii, sexualitatea umană deosebindu-se fundamental de sexualitatea animală.

Dincolo de dimensiunea sa pur biologică, aşa cum o întâlnim la animale în perioada de rut-împerechere, la om, aceasta este dublată de dimensiunea psihologică şi morală a dorinţei de a avea copii. Reproducerea speciei este transferată în planul ideal, psihomoral, care transformă procesul reproducerii în actul complex al procreaţiei de sine în proprii urmaşi. A avea urmaşi în care să te recunoşti, în care să simţi că-ţi continui propria ta existenţă, care să-ţi semene şi care să fie ai tăi, toate acestea dau o notă particulară reproducerii sexuale specific umane. Acest aspect prezintă însă particularităţile sale, care ţin, pe de o parte de partenerii cuplului, iar pe de altă parte, de tipologia cuplului.

Se consideră, că orice cuplu oficial constituit are printre altele, ca scop să dea naştere la urmaşi, să se reproducă. Acesta este un punct de vedere superficial şi care nu vizează decât aspectele formale ale cuplului, aşa cum decurg ele dintr-un angajament contractual.

Datele de observaţie medico-psihologică şi, în special cele de orientare psihanalitică, ne îndreptăţesc să considerăm că nu toate cuplurile se pot reproduce, în sensul că nu toţi pot şi trebuie să dea naştere la urmaşi. ***Impunerea ca obligativitate a reproducerii cuplurilor*** s-a dovedit de fiecare dată, mai ales atunci când a fost considerată politică demografică a unui stat, a avea consecinţe deosebit de grave atât pentru descendenţi, cât şi pentru cupluri.

Primul aspect pe care trebuie să-l avem în vedere este, dacă respectivul cuplu este pregătit şi doreşte să aibă copii, dacă în prealabil a analizat şi a acceptat toate consecinţele pe care le implică acest fapt, de o importanţă majoră, atât pentru partenerii cuplului, cât mai ales pentru descendenţi. Plecând de la acest punct de vedere, se poate afirma faptul că nu orice cuplu este apt de a se reproduce şi de a avea copii. Pentru asumarea responsabilităţii de a procrea, a creşte şi a educa un copil este necesară o anumită maturitate emoţională intelectuală şi socială.

Din această perspectivă este foarte important să analizăm ***motivaţia, precum şi absenţa motivaţiei de a avea copii.*** A procrea, a da naştere copiilor este un fapt biologic, dar şi psihologic şi social specific fiecărui cuplu. Din punct de vedere psihanalitic, actul de procreare este expresia unei duble pulsiuni, pe de o parte, a pulsiunilor primare, de reproducere a speciei, care ţin de inconştient, şi, pe de altă parte, a dorinţelor afective, intelectuale şi morale de a se proiecta în urmaşi, ca o replică de autovalorizare ce ţine de Supraeu. Este clar că acest aspect reprezintă situaţia ***firească a cuplurilor normale.***

Ce reprezintă în cazul acesta copilul pentru cuplul respectiv? Din punct de vedere psihanalitic, trebuie să vedem în copil obiectul care concentrează simbolic dorinţele ideale, reunite ale celor doi parteneri. ***Copilul este imaginea obiectuală şi reprezentarea simbolică a creaţiei comune a celor doi parteneri şi semnifică pentru aceştia dobândirea unui statut superior, de valorizare social morală, de împlinire a respectabilităţii.*** La femeie, funcţia sexuală depinde de procreaţie înainte de toate. Bărbatul acceptă greu şi târziu rolul său de procreator pe când la femeie acesta se dezvoltă şi apare mult mai devreme. Bărbatul nu are conştiinţa organică, viscerală a procreaţiei, aceasta fiind amestecată cu impulsurile erotice primitive, de ordin instinctual.

În cazul fetelor, acceptarea unirii sexuale are caracterul ambiguu al luptei interioare între dorinţa sexuală şi instinctul de conservare a integrităţii fizice. Ea nu urmăreşte, ca partenerul său masculin, numai satisfacerea dorinţei sexuale ci o raportează la perspectiva maternităţii ca pe o împlinire a acesteia. Participarea femeii la unirea sexuală cu bărbatul este dublă: pe de o parte, dorinţa de a se dărui partenerului, iar pe de altă parte ***dorinţa de a fi mamă.*** Acestă dăruire este în toate cazurile sau în marea lor majoritate însoţită de angoasa că ar putea fi trădată, părăsită, fără a-şi putea îndeplini rolul complet legat de perspectiva împlinirii maternităţii. (Enăchescu, C.)

La femeie, perspectiva maternităţii este înţeleasă ca finalitatea firească a dăruirii acesteia către partener, depăşind astfel simpla satisfacere a dorinţei sexuale. ***Sentimentul matern al procreaţiei*** are un pronunţat caracter fiziologic şi el se manifestă precoce. Este legat de impresia potrivit căreia copilul este amintirea animală a unui fragment din corpul său, a unui fragment din personalitatea sa fizică şi morală. (Hesnard, A.) La Hesnard maternitatea apare ca o încoronare a operei sexualităţii, ca un stadiu ultim şi definitiv al evoluţiei sexuale. Pentru bărbat sentimentul patern este legat de grija privind viitorul copiilor, educaţia, situaţia economico-materială, integrarea lor

socială. Dimpotrivă la femei, ***sentimentul matern*** are o conotaţie afectivă, psihologică, de protejare, de educaţie şi de formare a copilului.

2.2. Rolurile familiale – rolul conjugal şi rolul parental – particularităţi psihocomportamentale

În toate orientările sociologice şi culturale, a fi bărbat sau femeie nu se limitează doar la apartenenţa la sexul biologic, ci, dincolo de acesta, fiecare individ aparţine unui model social, în care distincţia dintre sex şi gen este fundamentală.

Rolul reprezintă ansamblul de conduite pe care societatea le aşteaptă de la un individ care ocupă o anumită poziţie sau funcţie într-un sistem. El reprezintă un mod structural de participare la viaţa socială. (G. Allport). Pentru prima dată, ***conceptul de rol*** a fost analizat de G. H. Mead (1934), iar accepţiunea sociologică a termenului apare la R. Linton (1936) şi ulterior la T. Parsons (1951), R. Merton (1957) etc.

Noţiunea de rol social este legată de cea de status social care reprezintă poziţia ocupată de o persoană în societate şi drepturile, obligaţiile ce decurg din această poziţie.

Rolul familial este reprezentat de rolul conjugal şi rolul parental. ***Rolul conjugal*** reprezintă o formaţiune complexă de atitudini şi comportamente, comunicări verbale şi expresive aşteptate de fiecare dintre cei doi parteneri ai celulei familiale. Practicarea rolului conjugal şi ulterior a rolului parental nu este uşoară, ridică destule tensiuni, incompletitudini, mai ales în familia actuală unde percepţia de rol nu mai este strict limitată la natura partenerului, ci este mult mai lejeră, chiar nedefinită şi unde drepturile, obligaţiile masculine şi feminine se negociază, stereotipurile fiind într-o necontenită schimbare. Cel puţin, în primii ani de căsătorie se confruntă, nu atât personalităţile celor doi parteneri, cât aderenţele lor la vechile modele, investite cu valoare de criteriu de referinţă pentru propriul rol conjugal. De aceea sunt frecvente comparaţiile, transferurile, frustraţiile exprimate în formule de tipul *în familia mea mama niciodată nu a trebuit să facă.., sau la noi tata era cel care s-a ocupat tot timpul de......* Dacă se persevereazǎ excesiv în apel la modelul de rol conjugal din familia de apartenenţă, transferul de expectaţii poate duce la disonanţă cognitiv-afectivă, la autofrustrare, la conflict de rol. Deşi termenii de sex-rol şi gen-rol sunt adesea folosiţi ca echivalenţi, există o diferenţă importantă între ei. Sex-rolul înglobează comportamentele determinate de sexul biologic iar gen-rolul semnifică expectaţiile societăţii privind comportamentele masculine sau feminine. De exemplu, ***a fi însărcinată este un sex-rol feminin, dar a creşte copii este un gen-rol***

Gen-rolul se referă la expectaţiile societăţii privind comportamentele masculine sau feminine. Acestea cuprind caracteristici generale privind aşteptările în raport cu: anumite trăsături ale personalităţii (sensibilitate la femei, forţă, rezistenţă la bărbaţi), roluri sociale (bărbaţii sunt taţi, femeile sunt mame), stereotipuri de gen-rol care exprimă anumite aşteptări culturale, care sunt în funcţie de rasă, naţionalitate, grup etnic, dar au o mare forţă asupra oamenilor.

Diversitatea gen-rolurilor este foarte mare. Studii recente (Scher, 1984) arată că femeile adoptă mult mai uşor comportamente masculine decât bărbaţii comportamente feminine. Noţiunea de gen (**gender** în engleză) a câştigat teren începând cu 1980 pentru

a lăsa în plan secund particularitățile sexuale și a dirija problematica în direcția psiho-socio-culturalului.

Gender-ul este un construct socio-cultural dar în coordonatele sale principale se realizează în funcție de biologic (înnăscut), iar Eul mediază activ, creator relația dintre înnăscut și manifestat în fenotip și sociocultural indus prin socializare.

Cercetările întreprinse pe problema surprinderii diferențelor dintre sexe sprijină formularea următoarelor două întrebări: care sunt caracteristicile tipice pe care le posedă bărbații și femeile și în ce măsură se percep indivizii pe ei înșiși ca masculini și feminini?

Prima întrebare se referă la ***stereotipurile de gen***.

Acestea sunt credințe puternic înrădăcinate în tiparele culturale privind caracteristicile psihologice și sau comportamentale ale bărbaților și ale femeilor. Spence și colab. (1975) au investigat acest aspect cu ajutorul unui instrument **Chestionarul atributelor personale** aplicat pe eșantioane mari la studenți și studente.

Principalele caracteristici atribuite au fost:

Tabel nr. 2

Caracteristici psihologice atribuite sexului masculin și feminin

Caracteristici psihologice atribuite sexului masculin	Caracteristici psihologice atribuite sexului feminin
Independent	Emoțională
Dorință de impunere	Caldă cu ceilalți
Agresiv	Creativă
Dominant	Excitabilă
Preferă matematica și știința	Se simte ușor rănită
Aptitudine la mecanică	Nevoia de aprobare

Stereotipizările sunt utile dar aduc și inconveniente, mai ales în defavoarea femeilor: distribuirea sarcinilor în domenii domestice (familie), unde lucrează mult mai mult în comparație cu bărbații, în viața publică, mai puține funcții de decizie dar și în economia de ansamblu a vieții.

Teoria antropologică clasică privind acest raport evidențiază rolul circuitului cauzal dintre pattern-ul (configurația, matricea) culturală și personalitate în sensul că, un context cultural va influența personalitatea membrilor săi într-un anumit mod, iar aceștia, prin felul cum vor acționa vor contribui la multiplicarea și continuarea specificului psiho-axiologic al culturii respective.

2.3. Conduita de rol familial

Constituirea și funcționalitatea unei familii ilustrează drumul de la persoane la psihologia de microgrup, „traversând cu necesitate zona relațiilor interpersonale." (P. Golu, 1974)

Trecerea de la persoană la relația interpersonală presupune traversarea de către cei doi parteneri a unui proces de acomodare și „prefacere" interpersonală, în cadrul relației conjgale, îmbogățită prin rolul parental, în condițiile formării microgrupului familial. ***Rolul familial*** include două componente: ***rolul conjugal și rolul parental.***

Structura de rol a microgrupului familial exprimă o anumită *configurație a pozițiilor și funcțiilor formale și informale ale membrilor acestuia*, ea constituind baza desfășurării relațiilor matrimoniale, cadrul psihosocial al vieții familiale. I. Mitrofan și C. Ciupercă (1998) consideră că *în cadrul structurii de rol a microgrupului familial, se dezvăluie esența funcțională a acestuia, nivelurile și mecanismele sale intrinseci* grupate în:

- nivel intermotivațional diadic;
- nivel de interacomodare bioafectivă;
- nivel de intercunoaștere – intervalorizare;
- nivel de interacțiune – interdezvoltare familială.

În interiorul microgrupului familial, cuplul deține poziția prioritară și generativă în raport cu traiectoria funcțională sau disfuncțională a nucleului. Adoptarea, asumarea și exercitarea de către parteneri a unor roluri conjugale și parentale simetric compatibile este hotărâtoare pentru echilibrul familial, ca și pentru menținerea unor raporturi sanogene intra și interfamiliale.

Din punct de vedere psihosocial, rolul conjugal-parental constituie o formațiune complexă de atitudini, comportamente, comunicări verbale și expresive, orientate spre asigurarea, consolidarea și dezvoltarea relațiilor familial așteptate legitim reciproc de către cei doi parteneri. Homeostazia interacțională familială și stabilitatea căsătoriei sunt fundamental determinate de o structură armonică a rolurilor conjugale, exercitată compatibil, sinergic, pe principiul simetriei și al complementarității mutuale.

Adoptarea unui rol conjugal corespunzător, „intrarea în rolul conjugal și ulterior parental", expectat, nu este deloc simplă și lipsită de „probleme", nici măcar în cazul cuplurilor formate din personalități înalt compatibile sub aspectul concepțiilor, aspirațiilor, trebuințelor și pulsiunilor reciproc proiectate. *Rolul conjugal*, deși se preia inițial prin imitația modelelor de rol familial cunoscute în familia de apartenență, *se învață a fi adoptat și se perfectează prin exersarea în propriul nucleu conjugal*. El se modelează pe parcursul interacțiunii maritale în sensul asigurării unui optimum funcțional în cuplu.

La începutul căsătoriei, maniera de adoptare și exercitare a rolului conjugal este determinată *socio-educațional*, și astfel, tributară modelelor de rol conjugal, preluate, cunoscute și interiorizate în cadrul familiilor de orientare. De obicei, soția preia și imită mai mult sau mai puțin conștient conduite de rol proprii mamei sale, pe care le integrează și filtrează prin intermediul propriei sale personalități. În mod similar, soțul reproduce, în comportamentul său de rol, maniere relaționale, atitudini și expresii de comunicare preluate din modelul conjugal oferit de tatăl său.

Inițial, în primii ani de căsătorie, coincidenți cu perioada de intracomunicare, confruntările generate de adoptarea și exercitarea rolurilor conjugale sunt în general frecvente și perturbatoare pentru armonia cuplului. Geneza acestor confruntări rezidă în divergențele posibile între două modele de rol conjugal preluate din două familii, cel mai adesea diferite din punctul de vedere al particularităților desfășurării „jocului de rol marital". Se confruntă, așadar, în perioada de căsătorie de la 0 la 5 ani, nu atât personalitățile partenerilor, cât *aderențele lor* la vechile modele, preluate din familiile de apartenență.

Aceste modele de rol sunt investite de obicei de consorți cu valoare de *criteriu de referință și evaluare* pentru propriul rol conjugal. „Abaterea partenerului de la rolul conjugal expectat conduce la accentuarea unui sentiment de insecuritate și frustrare, alimentând o anumită anxietate de relație. Soții se raportează unul la altul conform „normelor relaționale și funcționale ale comportamentului marital al părinților lor, exprimându-și frecvent analogiile și transferurile (ex: „tatăl meu n-ar fi spus mamei niciodată asta ...", „mama mea nu face niciodată așa acest lucru ...", „la mine în familie nevasta trebuie să se comporte astfel ...", „la noi tata rezolva problema asta ..."). Adultul care caută perpetuu să identifice modelul matern sau patern în conduita partenerului său erotic și marital se expune eșecului relațional, frustrându-și partenerul și autofrustrându-se concomitent, prejudiciind interadaptarea și interasimilarea diadică.

Cu alte cuvinte, în aceeași dinamică perceptiv-afectivă, mai mult sau mai puțin inconștientă, în vreme ce „ea" o reproduce relativ fidel pe mama sa, „el" nu pregetă să o nege, preferând-o pe propria sa mamă pe care încearcă s-o identifice în persoana partenerei; pe de altă parte, „el" îl reproduce oarecum pe tatăl său, pe care „ea" îl neagă, preferându-l pe propriul său tată, al cărui model de rol tinde să-l identifice și să-l impună în rolul conjugal al partenerului său.

Se relevă astfel ***confruntările iminente specifice etapei de preacomodare și acomodare intermaritală, datorate dinamicii și prefacerilor esențiale ale structurii rolurilor conjugale.*** Prezența acestor confruntări, urmată în timp de ajustări, cedări și restructurări mutuale ale manierei de exercitare și dezvoltare a rolului conjugal, constituie o particularitate firească în evoluția armonioasă a oricărui cuplu conjugal stabil. În acest sens, traiectoria vieții de cuplu se desfășoară relativ previzibil în sensul delimitării unui *stil propriu*, original, unic al interacțiunii conjugale, conducând la satisfacții mutuale. Se conturează astfel, *traiectoria normală a vieții familiale*, ca urmare a realizării unei structuri de rol conjugal armonioase și complete sub aspectul asigurării funcțiilor familiale. Cuplul, indiferent de stadiul dezvoltării sale (etapa acomodării, asimilării, cristalizării sau regresiei psihosociale), ființează prin *simultaneitatea* diverselor tipuri de interacțiuni. Ele angrenează într-un mecanism de armonică sau dizarmonică funcționarea cele două roluri conjugale (cel feminin și cel masculin).

Indiferent de stilul interacțional predominant al cuplului (cooperare sau competiție), indiferent de principiul predominant al coabitării și intercomunicării celor două personalități (similaritate sau complementaritate – compensație); rolul conjugal, prin toate fațetele sale, trebuie să satisfacă funcțiile de bază ale familiei. ***Istoria dezvoltării familiei și a diadei conjugale, în special, este în primul rând o istorie a dezvoltării și perfecționării rolurilor conjugal familiale aflate în interacțiunea lor specifică.*** Evoluția formelor sociale de organizare familială este determinată de evoluția modalităților bio-psiho-sociale de interacțiune umană între sexe, fiind în raporturi de intercondiționare cu factori exogeni (socio-economici, istorici, cultural-etnografici).

Rolul conjugal este un construct unitar rezultat, pe de o parte, al istoriei normative socio-familiale, aflat, pe de altă parte, într-o continuă modificare în constituirea și dezvoltarea psihosocială a fiecărui cuplu. Din acest motiv, marile „probleme" ale cuplului, deși rămân în general aceleași (comunicare sexuală, afectivă, morală, intercunoașterea și intervalorizarea, creșterea și educarea copiilor, autorealizarea materială și socio-profesională familială), ele capătă semnificație și ponderi specifice de

la un cuplu la altul, comportă rezolvări diferite şi suportă diferenţiat intervenţiile corectoare, educative sau terapeutice din exterior.

2.4. Dinamica rolurilor conjugal/parentale în familia tradiţională şi în cea modernă

Încercările de identificare a resurselor psihologice care explică o opţiune sau alta pentru asimilarea rolurilor conjugal-parentale au la bază numeroase criterii. Cel mai recunoscut este criteriul generat de ***structura de rol familial*** care reprezintă disponibilitatea structural-psihologică a unui individ ce permite preluarea unui rol familial la un anumit moment şi exersarea lui. Aceasta înseamnă, că, în mod curent, oamenii se îndreaptă spre rolurile care corespund în cea mai mare parte structurii psihologice personale şi unde implicit asimilarea nu solicită efort special susţinut.

T. Mircea precizează că în ***funcţie de felul cum oamenii realizează asimilarea (îndeplinirea) rolurilor conjugal-parentale se departejează 8 tipuri de structuri psihologice***:

1. ***Disforicul***-asimilează un număr mic de roluri, le îndeplineşte cu multă seriozitate pentru ca treptat să se diminueze, implicarea chiar să dispară. Rolurile conjugal-parentale se îndeplinesc sub semnul inconsecvenţei, nesiguranţei, cu sincope existenţiale, cu plecări, abandon temporar din viaţa familială, fără justificări de fapte exterioare.
2. ***Anxiosul***-structura de rol se dobândeşte cu efort şi se dezvoltă într-un cadru inflexibil, ameninţat mereu de dorinţa de a fi perfect, cu insistenţe greu de suportat de către partener şi cu încercări de transfer a temerilor patologice, care de fapt îi subminează rezistenţa.
3. ***Anancastul***-este o personalitate hiperexactă care se identifică cu rolul până la limită. Rolul pentru el este o măsură a realizării personalităţii prin: ordine excesivă, conformism ritualic, dar afectivitate foarte redusă.
4. ***Psihastenul***-adoptă mai multe roluri pe care le abandonează, rând pe rând întrucât este măcinat de neîncredere, de lipsă de coerenţă, de unitate, apar manifestări duplicitare.
5. ***Apaticul***-lipsit de energie, nu se implică în rol, pentru parteneri ci mai ales pentru imaginea pe care şi-a construit-o el despre aceştia. Practic, rolul rămâne o perspectivă, *o fata morgana*, faţă de care nu ajunge totuşi să se apropie, deşi în sinea sa doreşte acest lucru.
6. ***Explozivul***-rolul conjugal-parental se derulează într-un climat de nelinişte, dominare, agresivitate, forţă, reacţii neprevăzute de către ceilalţi. Este refuzat, ocolit, evitat de familie, ceea ce de fapt îi accentuează reactivitatea şi dorinţa de a se impune prin forţă.
7. ***Histrionicul***-îşi alege rolul, dar nu şi-l asumă, vrea să pară mai mult decât este, se iubeşte pe sine, nu are deschidere faţă de ceilalţi. Rolul şi-l creează şi exersează după unele repere pe care le consideră a fi apreciate ca bune de către ceilalţi, întrucît este animat de dorinţa evidenţierii.
8. ***Paranoicul***-refuză dialogul, sugestiile, impune categoric rolul. Este convins că este infailibil. Are o structură rigidă, egoistă şi rolul se asimilează în aceşti parametrii.

Concluzionând, din perspectiva îndeplinirii rolurilor conjugale se disting ***două tipuri de familii*** (Voinea, 1993):

- familii în care rolurile conjugale sunt asumate corespunzător cerinţelor şi exigenţelor normalităţii funcţionale a cuplului şi
- familii în care rolurile conjugale sunt asumate parţial şi nesatisfăcător, pe fondul unor stări de tensiune sau indiferenţă.

Modernitatea a avut un impact direct asupra tradiţionalităţii, stilul de viaţă tradiţional fiind abandonat aproape sub toate aspectele sale. Orice domeniu al realităţii sociale este afectat iar ceea ce se întâmplă cu ***familia contemporană*** reprezintă, până la un anumit punct o ***reflectarea a crizei prin care trece societatea***, o imagine a mutaţiilor semnificative în trecerea de la tradiţional la modern. Majoritatea studiilor contemporane evidenţiază existenţa unor modificări în structura de rol conjugal. Astfel, Harriman,1986, Worthington şi Boston, 1986 arată că ***cei care nu intenţionează să aibă copii au atitudini egalitariste în privinţa sex-rolurilor.*** Este posibil, însă, ca după naşterea primului copil, să se revină la rolurile de gen tradiţionale (Rossi, 1979). Rolurile de gen ale femeii şi ale bărbatului au în mod particular consecinţe nefaste în ceea ce priveşte sănătatea genitală şi practicile contraceptive. Astfel, sănătatea femeii este în permanenţă supusă riscului suplimentar, ea putând avea sarcini nedorite sau putând ajunge la avorturi, uneori în condiţii periculoase. Modul în care bărbatul acceptă sau dimpotrivă respinge ideea de planificare familială ca şi măsurile de protecţie au un impact psihologic puternic asupra stării de sănătate a partenerei.

Tabel nr. 3

Diferenţe între familia tradiţională şi familia modernă

Familia tradiţională	Familia modernă
Roluri şi statusuri sociale diferite pentru femei şi bărbaţi	Tendinţe de egalizare a statusurilor sociale. Redefinirea rolurilor statusurilor feminine din perspectiva nevoii de autoafirmare
Căsnicia-formă de legitimare socială	Antrenarea femeilor în activităţi productive, roluri sociale complexe, ziua de muncă dublă
Celibatul-nu este încurajat, coboară femeia din punct de vedere social	Celibatul- un mod alternativ de viaţă acceptat atât pentru femei cât şi pentru bărbaţi
Nivelul studiilor relativ redus pentru femei	Creşterea numărului anilor de şcolarizare a femeilor , ca urmare a nivelului de pregătire, universitară şi a specializărilor
Vârsta timpurie la căsătorie	Creşterea vârstei la care este realizată căsătoria, Amânarea fertilităţii
Femeile prestează activităţi necalificate, foarte slab remunerate	Femeile ocupă locuri de muncă din ce în ce mai diverse, cu grad înalt de calificare şi venituri sensibil mai mari
Nu deţin funcţii publice şi politice	Sunt implicate activ în viaţa politică şi socială (manageri, femei de afaceri)
Respectă restricţiile şi tabuurile privind relaţiile sexuale	Liberalizarea sexualităţii (schimbări de atitudini în relaţiile cu celălalt sex, libertatea alegerii partenerului, înlăturarea tabuului virginităţii, acceptarea coabitării)
Familia axată pe copii (I. Ramsey)	Familia axată pe adulţi (I. Ramsey)
Asumarea timpurie a obligaţiilor parentale	Amânarea asumării rolurilor parentale

Sarcina şi comportamentul reproductiv nu sunt planificate	Planning-ul familial, popularizarea practicilor contraceptive Experienţa maternităţii valorizată pozitiv
Grad înalt de stabilitate a familiei. Ruptura conjugală şi divorţul se face prin apel la autoritatea judecătorească	Creşte divorţialitatea (mai ales în primii 4-7 ani de căsnicie). Femeia poate avea iniţiativa divorţului emoţional sau legal
Fidelitatea conjugală este o condiţie intrinsecă a acceptării femeii în societate	Adulterul este văzut ca o formă de satisfacere a trebuinţelor tacit acceptate de societate
Conservatorismul şi rigiditatea – atribute ale femeii promotoare a obiceiurilor	Mutaţii valorice semnificative, cooperarea intergeneraţională, creşterea duratei medii de viaţă
Căsnicia apare drept contract de aservire a femeii care-şi oferă serviciile sexuale şi domestice	Căsnicia este bazată pe consens, egalitate şi complementaritate a rolurilor
Violenţa domestică moderată şi informal acceptată	Creşterea violenţei familiale şi agravarea consecinţelor acesteia

2.5. Factori psiho-sociali ai funcţionalităţii şi stabilităţii maritale

În continuare vom analiza o serie de factori ce stau la baza dezvoltării armonioase a cuplului marital şi asigură stabilitatea acestuia. Din motive metodologice şi având în vedere nivelul la care acţionează în evoluţia normală a cuplului, am împărţit aceşti factori în două categorii: factori de debut şi factori de întreţinere şi dezvoltare.

2.5.1. Factori de debut

2.5.1.1. Aptitudinea pentru parteneriat

Considerăm că armonizarea şi stabilizarea uniunii conjugale se bazează pe *capacitatea plastică de modificare* şi *corecţie a comportamentului de rol*, pe cât posibil în *consens cu expectaţiile şi trebuinţele mutual-proiectate în diadă.* Nivelul şi calitatea trebuinţelor de parteneriat acţionează ca o adevărată „cheie motivaţională" a fiecărui partener. Posibilităţile de satisfacere reciprocă a acestor trebuinţe decid în ultimă instanţă cursul relaţiei interpersonale, menţinerea, amplificarea, diminuarea sau alterarea sentimentelor de dragoste care îi leagă pe consorţi. Cedările, concesiile, metamorfozele conduitei de rol în întâmpinarea satisfacerii acestor nevoi vitale, necesită o disponibilitate flexibilă de adaptare interpersonală, de creativitate interacţională, un anumit nivel de ***aptitudine pentru parteneriat.*** Acesta suplineşte şi corectează deficitul de intercunoaştere, diminuând dezechilibrul motivaţional produs, reduce disonanţa ideo-afectivă creată în cuplu. *Aptitudinea pentru parteneriat mutual* constituie *capacitatea individuală de adaptare interpersonală eficientă, creativă şi flexibilă*, exprimată prin intermediul conduitei de rol marital, ca model de comportament cu valoare stabilizatoare în funcţionarea cuplului. Având ca punct de plecare şi de referinţă, modelele de rol conjugal cunoscute în copilărie, în familia părinţilor săi, adultul căsătorit reconstruieşte şi îşi dezvoltă personalitatea prin

intermediul propriului său rol conjugal şi parental. Se consideră că modelul de rol conjugal se dobândeşte, se învaţă, se exersează şi se deprinde, perfecţionându-se continuu în cadrul interacţiunilor conjugale pe parcursul căsătoriei. Aptitudinea de a exercita un rol marital eficient (consensual) ca şi creativitatea interacţională a fiecărui partener se dezvoltă pe parcursul vieţii conjugale, se perfecţionează în decursul existenţei conjugal-parentale şi devine *factor hotărâtor* pentru echilibrul funcţional familial, pentru gradul de satisfacţie mutuală. Satisfacerea reciprocă a sistemelor de trebuinţe privind parteneriatul sub toate aspectele lui (ca rol conjugal şi parental) conferă căsătoriei durabilitate şi sens, asigurând echilibrul fizic şi psihic al consorţilor.

Considerăm că o anumită corespondenţă şi consensualitate în planul ideilor, atitudinilor şi aspiraţiilor pe de o parte, şi în planul comunicării şi al comportamentului erotico-sexual şi procreativ, pe de altă parte, constituie elementul esenţial al reuşitei, stabilităţii şi satisfacţiei maritale.

Această corespondenţă sexuală, afectivă şi comportamentală asigură echilibrul balanţei interacţionale în cuplu şi oferă partenerilor posibilitatea unei intermodelări mutuale reciproc satisfăcătoare. În acest sens, unul din „secretele" fericirii conjugale pare să fie capacitatea unui cuplu de a se crea şi re-crea continuu, ca o uniune duală coevolutivă, în interiorul căreia personalităţile angajate *se afirmă, se dezvoltă* şi *se satisfac una prin intermediul celeilalte, se interasimilează şi intercondiţionează psihologic, ceea ce conferă sens şi valoare relaţiei lor*. Dragostea, înţeleasă ca mod de comunicare completă şi profundă între bărbat şi femeie, este nu numai condiţie, ci şi efect al creaţiei interpersonale în cuplu. Concepută astfel, dragostea depăşeşte semnificaţia sa primară de trăire şi sentiment de plenitudine, satisfacţie şi securizare conferit de persoana celui iubit, dobândind semnificaţia unei atitudini şi a unui comportament creativ, de tip afectiv-sexual.

Ea devine măsura şi recompensa realizării „rolului conjugal" şi ulterior prin naşterea copiilor a rolului parental, fiind totodată şi una din explicaţiile reuşitei sau nereuşitei îndeplinirii acestui rol.

Astfel, producerea *echilibrului motivaţional-afectiv interpersonal*, prin adoptarea şi exercitarea unor comportamente de rol marital, poate fi considerat un factor primordial. Aceste comportamente trebuie să corespundă proiecţiilor de necesitate ale fiecărui partener în vederea satisfacerii ***trebuinţelor de parteneriat conjugal:***

1) trebuinţa de securizare, solidaritate şi afiliere a cărei satisfacere asigură ***funcţia de susţinere şi securizare socială, afectivă şi morală a cuplului;***

2) trebuinţa de identificare, a cărei satisfacere asigură ***funcţia referenţială, de confirmare şi dezvoltare a personalităţii, prin raporturile intersexe***;

3) trebuinţa de comunicare, apartenenţă şi gratificaţie mutuală, prin afecţiune şi fidelitate (fizică şi spirituală), a cărei satisfacere asigură ***funcţia erotico-sexuală;***

4) trebuinţa de continuitate şi autorealizare prin urmaşi, a cărei satisfacere asigură ***funcţia procreativă***;

5) trebuinţa de cooperare, încredere şi substituţie mutuală în plan decizional – acţional familial – a cărei satisfacere asigură ***funcţia materială şi organizatorică;***

6) trebuinţa de valorizare a personalităţii (admiraţie, respect, stimă, credibilitate) a cărei satisfacere asigură ***funcţia de interevaluare şi autoevaluare a personalităţii şi a cuplului.***

2.5.1.2. Adaptare şi acomodare maritală

Adaptarea maritală vizează atât restructurări la nivelul comportamentului de rol marital al indivizilor, cât şi la nivelul funcţionalităţii lor interpersonale. La nivel individual, ea presupune orientări, potenţări, activări şi reorientări succesive, dinamice ale motivaţiilor de parteneriat (biologic-sexuale, socio-afective, de autorealizare şi autodezvoltare a personalităţii), precum şi a disponibilităţilor de parteneriat, determinate esenţial de factorul vârstă, normalitatea şi integritatea biopsihică, nivelul maturizării afective şi relaţionale, flexibilitatea şi plasticitatea adaptativă în rolul conjugal. La nivel interpersonal, adaptarea maritală vizează sincronizarea şi complementaritatea intercomunicărilor, potenţarea şi maturizarea sentimentelor mutuale de afecţiune, ca şi a climatului afectiv familial, aprofundarea intercunoaşterii partenerilor, stimularea intervalorizărilor în cuplu, echilibrarea şi optimizarea sferei acţiunilor şi deciziilor maritale, interdezvoltarea rolurilor conjugal-parentale.

Acomodarea maritală sau interacomodarea maritală, constituie mecanismul şi, totodată, procesul de stimulare şi dezvoltare a adaptării mutuale conjugale. În cadrul acestui proces interacţional, soţii acceptă, respectă şi valorizează reciproc interesele, atitudinile, opiniile, obiceiurile, valorile, oferindu-şi gratificaţii şi susţinere unul faţă de celălalt. Dinamica acomodării maritale presupune însă şi corecţii, concesii şi tolerări mutuale, care pot dezvolta în etapele iniţiale unele tensiuni şi confruntări, ce pot fi depăşite în beneficiul funcţional al cuplului. Tendinţa generală a acestui proces interacţional este de facilitare progresivă a ajustării interpersonale, a realizării coeziunii şi „stilului" personal al cuplului.

Dificultăţile ce pot să apară se traduc în disfuncţii şi conflicte conjugale. Ele se pot manifesta predominant într-una din sferele vieţii conjugale (exemplu: comunicarea afectiv-sexuală, interacţiunile privitoare la organizarea timpului liber, problemele administrativ-gospodăreşti, buget, copii, etc.) sau perturbând în ansamblu buna funcţionalitate familială. Deficitele de acomodare maritală se pot identifica şi corecta precoce printr-o mai bună informaţie, educaţie şi cultură a relaţiilor dintre sexe, dar ele se pot compensa şi spontan în dinamica maritală pe măsură ce cuplul acumulează experienţă prin coexistenţa maritală şi îşi structurează strategii proprii de rezolvare şi depăşire a incidentelor şi momentelor critice. Opusul acomodării maritale îl constituie *rigiditatea maritală*, exprimată prin tendinţa simultană a partenerilor de a-şi conserva şi impune „modele relaţionale" contradictorii, dizarmonice, frustrante reciproc. Inerţia, conservatorismul şi persistenţa „vechilor modele", a prejudecăţilor relaţionale constituie un impediment important în calea acomodării interpersonale a soţilor, dovedind o lipsă de supleţe care predispune cuplul la relaţii simulate, aparente, superficiale, disconfortabile din punct de vedere psihologic. Tendinţele de adaptare şi acomodare maritală se pot manifesta reciproc sau unilateral, situaţie în care trebuinţele partenerilor legate de viaţa şi activitatea cuplului conjugal sunt satisfăcute disimetric. Constatând tot mai des o neconcordanţă între aşteptările sale pe linia satisfacerii trebuinţelor şi modul în care viaţa şi activitatea cuplului îi oferă „răspuns", partenerul, mai ales la început, depune mari eforturi pentru a reduce starea de disonanţă. Şi acestea se realizează fie prin diminuarea efectelor negative ale unor acte comportamentale, fie prin sporirea valorizării altor însuşiri de personalitate sau acte comportamentale.

Asemenea modalități de rezolvare a conflictelor motivaționale asigură o anumită continuitate cuplului însă, treptat distanța psihologică dintre parteneri se accentuează atât de mult încât **nu mai putem vorbi de viața conjugală în adevăratul sens al cuvântului.** Astfel, un soț dominator, cu o forță exagerată a eului, care nu suportă nici un fel de contrazicere, dacă impune partenerului său o conduită de totală subordonare, el reușește să-și satisfacă trebuințele lui accentuate de prestigiu și de respectare a eului, însă soțul său va deveni un „mijloc" de satisfacere a acestor trebuințe, transformându-se într-un frustrat etern. Ori, ceea ce este specific pentru un cuplu funcțional constă tocmai în satisfacerea bilaterală a trebuințelor consorților prin intermediul relaționării interpersonale, fiecare dintre ei contribuind atât la satisfacerea propriilor trebuințe, cât și ale partenerului său. Acomodarea completă a personalităților maritale este reprezentată de *asimilarea maritală* sau interasimilarea maritală. Soții preiau reciproc, interiorizează, simt și acționează în consens cu aceleași modele valorice, atitudinale, motivaționale. Asimilarea maritală creează *consens mutual* și *echilibru funcțional*, bazându-se pe un grad crescut, reciproc satisfăcător al intercomunicării și intercunoașterii, în condițiile aprofundării și stabilizării sentimentelor erotice, ca și a complementarității sexual-afective. Gândurile, sentimentele, atitudinile, acțiunile, la început diferite, în procesul interacțiunii sunt supuse unor modelări continue, până ajung la un înalt grad de interpenetrare și fuziune. Asimilarea pe linie psihologică și psihorelațională poate produce efecte modelatorii chiar și asupra unor aspecte fizionomice (un anumit mod de a privi, de a râde, de a se mira, etc.). ***Asimilarea maritală***, deși presupune fuziunea personalităților în cadrul executării rolurilor conjugale, nu presupune automat și pierderea autonomiei și integrității lor psihologice. Dimpotrivă, ea creează condițiile dezvoltării și autorealizării fiecăruia prin intermediul și cu susținerea celuilalt, pe fundalul unui climat psihosocial echilibrat și securizant. Asimilarea maritală împlinește procesul interadaptării maritale, asigurându-i durabilitate, fără a garanta definitiv viabilitatea structurii conjugale. ***În evoluția cuplului familial asimilarea maritală constituie doar o condiție necesară, dar nu și suficientă a stabilității cuplului, fără a garanta însă și șansele sale de autodezvoltare continuă.*** După perioade variabile de acomodare și asimilare maritală, unele cupluri se pot devitaliza sau pot regresa în formule relaționale, care, deși păstrează unele modele, habitusuri și valori rezultate din procesul asimilării maritale, prezintă și unele tendințe noi, de desincronizare a partenerilor sau stagnare a dezvoltării personalității unuia sau ambilor soți. Reapar în acest caz noi mecanisme de acomodare care asigură un modus vivendi adecvat. Cuplul marital apare din această perspectivă ca o ***structură mobilă***, cu meandre evolutive adesea puțin previzibile, cu continue prefaceri în interiorul său, ca și în relațiile sale cu lumea. „Căsătoria trebuie să lupte fără încetare cu acel monstru care distruge totul: obișnuința" (Honoré de Balzac). Iar obișnuința poate fi înlăturată atâta timp cât relația interpersonală intramaritală exclude monotonia, rutina, inflexibilitatea, presupunând o accentuată dinamică a interadaptării, interacomodării și interasimilării celor două personalități.

2.5.1.3. Iubirea conjugală

O singură pasiune, dragostea, este capabilă să răspundă la nevoia umană de comuniune cu lumea, respectând întru-totul integritatea și individualitatea ființei. (E. Fromm, 1983). Este oare iubirea conjugală doar un sentiment durabil și profund care

uneşte bărbatul cu femeia, este ea doar expresia „pură şi absolută a comunicării prin care Sinele „îşi împlineşte făptura printr-un Altul, care trebuie să fie în cele din urmă un alt Eu însumi?" (C. Mircea, 1979). În opinia I. Mitrofan şi N. Mitrofan (1996), iubirea conjugală reală tinde să fie într-o oarecare măsură *creaţia comună a două personalităţi, una prin intermediul celeilalte*, un mod autentic de a fi „unul cu celalalt, unul prin celălalt şi unul pentru celălalt", un mod complet de a convieţui prin intercomunicare, intercunoaştere şi intermodelare, în sensul dezvoltării şi împlinirii celor două persoane angajate, în completa lor fiinţare biopsihosocială.Căsătoria apare, astfel, ca o *experienţă fundamentală de maturizare psihosocială*, desfăşurată la intersecţia dintre tendinţele şi nevoile de fuziune şi autonomie. Interacţiunea conjugală naşte şi renaşte iubirea dintre soţi, care ea însăşi are forţa de a metamorfoza comportamente, atitudini, motivaţii, disponibilităţi de rol nebănuite, aspiraţii şi idei, îmbogăţind şi maturizând continuu profilul afectiv spiritual al bărbatului şi al femeii. Adesea se confundă iubirea cu mirajul îndrăgostirii şi mulţi se aşteaptă ca acesta să se perpetueze la infinit, ceea ce expune cuplul, evident decepţiei, atunci când „devoalarea" în intimitate se produce fie brutal, fie neconform cu aşteptările mutual proiectate. Aceasta se întâmplă pentru că „starea de graţie" a îndrăgostirii exaltă nevoile de fuziune dincolo de înţelepciunea acceptării şi respectării graniţelor de autonomie ale celuilalt. „Ceea ce apare într-o căsătorie sau într-o iubire liberă este o puternică tentaţie de a te lăsa complet absorbit de altul, de a-ţi pierde orice rezervă, atât spirituală cât şi fizică. Totuşi, în cea mai mare parte din cazuri, acest abandon ameninţă probabil serios viitorul relaţiei", preciza Georg Simmel (1964). Astfel, relaţia îndrăgostiţilor îi proiectează într-o lume „nouă" în care, dincolo de tot ceea ce au simţit până acum, experienţele lor amoroase trecute, nu sunt decât palide umbre ale celei actuale. În mod miraculos, fiecare simte şi gândeşte că-l cunoaşte pe celălalt empatic şi cumva din interior, o simplă dar semnificativă privire fiind mai decisivă decât un lung dialog cu partenerul. Roussel este de părere că sentimentul iubirii constă în această reciprocă dăruire de o nouă identitate sau mai precis de ceea ce este perceput de unul şi de celălalt *drept noua lor identitate*. Printr-o ciudată metamorfoză, slăbiciunile şi chiar defectele devin calităţi, obiecte de adorare, ca şi cum s-ar transfigura prin simplul fapt că aparţin fiinţei iubite. Valoarea acordată celuilalt nu ţine atât de meritele sale, cât de acest har al transfigurării reciproce. „A iubi şi a fi iubit nu este altceva decât percepţia vie şi rapidă a existenţei sinelui, făcându-l să existe pe celălalt." (R. Musil, 1956). Există mai multe încercări de „tipologizare" a iubirii şi a comportamentelor de parteneriat erotic. Ollie Pocs distinge trei forme de „dragoste": oarbă, romantică şi matură.

Dragostea oarbă sau „nebună" se caracterizează printr-o idealizare a iubirii pentru cineva, de obicei o persoană nepotrivită sau inaccesibilă (vedetă de cinema sau TV, o celebritate). Adolescenţii experimentează de obicei acest gen de iubire şi nu constituie subiectul acestei lucrări.

Dragostea romantică se exprimă prin trei elemente (Z. Rubin, 1973): ataşamentul şi nevoia de a iubi pe cineva; predispoziţia de a-l ajuta pe cel iubit; absorbţia în relaţie până la excluderea altora. La aceste componente ale dragostei romantice, Kephart (1981) adaugă tendinţa la idealizare a persoanei de sex opus de care cineva este ataşat emoţional puternic şi marcata atracţie fizică care se intensifică la fiecare atingere.Iubirea romantică este şi o experienţă de cunoaştere şi comunicare fundamentală între sexe care, activând mecanismele de identificare mentală, creează o

bază pentru autocunoaştere şi autodecentrare pentru „creştere interioară prin experienţă afectivă”. Aşadar, ea este transformativă. Dragostea romantică debutează, de obicei, cu o irezistibilă atracţie, urmată de o intensificare şi aprofundare a relaţiei până la un „punct culminant” al plinătăţii şi satisfacţiei în doi, după care urmează o diminuare progresivă a intensităţii trăirilor, o scădere treptată până la erodare (ceea ce înseamnă sfârşitul cuplului erotic).

Dragostea matură înseamnă a te sprijini pe cineva, a te bizui pe cineva, a sta cu cineva. Stabilitatea este nota ei definitorie. Din acest motiv, în relaţia afectivă de parteneriat intervin componente majore ca: respectul, admiraţia, încrederea, sensul mutual al valorii personale, grija faţă de celălalt, ataşamentul şi obligaţia autoasumată. După Brehm (1985), dragostea matură înseamnă pierderea ataşamentului fragil faţă de partener (dependenţa emoţională) şi câştigarea unei siguranţe şi investiţii psihologice constante, care conferă persoanei şi un grad de autonomie, ce permite autoafirmarea. Se vorbeşte în acest sens de „dragostea prietenească” („companionate love”), iar Meyers o explicitează ca fiind „afecţiunea pe care o simţim pentru cei cu care viaţa noastră este strâns împletită”.Spre deosebire de forma intensă a dragostei pasionale cu efecte perturbatoare chiar asupra comportamentului social adaptativ, „companionate love” ia forma unei relaţii afective stabile, profunde, reale, cu un ataşament reciproc împărtăşit, dar cu forme mai puţin „zgomotoase” de manifestare emoţional-erotică. Răcirea dragostei pasionale şi romantice atrage după sine o perioadă de deziluzie, mai ales pentru cei care consideră că această formă de manifestare a iubirii este esenţială pentru menţinerea căsătoriei. (I. Mitrofan, N. Mitrofan, 1994).

Unii autori încearcă să explice creşterea puternică a ratei divorţului în ultimele două decenii ca fiind datorată, pe de o parte, creşterii importanţei acordate experienţei emoţionale pozitive, deosebit de intense şi, pe de altă parte, imposibilităţii de a menţine mai mult timp o astfel de relaţie erotică. Stabilizarea cuplului care experimentează dragostea matură, depinde nu atât de comportamentul individual al partenerilor, cât de comportamentul lor *interpersonal* (în ce măsură reuşesc ei să-şi satisfacă reciproc nevoile, aspiraţiile şi aşteptările). Nevoia de altul este acoperită pe măsură ce comportamentul relaţional cu partenerul satisface nevoia şi dorinţa acestuia de menţinere a cuplului. Din acest motiv, dragostea matură este evolutivă, este „construită” prin îmbinarea rezonabilităţii şi raţionalităţii cu plăcerea şi generozitatea. Ea devine „un drum existenţial”, al cărui plan de bază include puterea de a accepta şi depăşi împreună obstacolele sau situaţiile excepţionale. Dragostea matură este responsabilă, în sensul că include în aşteptările sale atât „suişurile”, cât şi „coborâşurile” atât „bucuriile”, cât şi „suferinţele”. Ea se bazează pe acea atitudine mentală care îţi asigură „forţa de a face faţă provocărilor existenţiale”, de a anticipa şi relativiza cu înţelepciune „întâmplările” şi nevoile celuilalt, mizând întotdeauna pe relaţie şi pe capacitatea ei regeneratoare, pe semnificaţia ei vitală.A iubi matur echivalează cu un mod activ de a convieţui pozitiv („a fi bine”) unul cu celălalt, de a răspunde şi veni fiecare în întâmpinarea nevoilor celuilalt, de a-i simţi nevoile şi problemele, înainte ca el să le comunice, de a-i respecta individualitatea şi a-l percepe şi evalua suficient de corect, pentru a nu-ţi alimenta sentimentele din erori de cunoaştere. Aşadar, o relaţie deplin echilibrată ce se bazează pe forma „companionate love” presupune existenţa mai multor subtipuri de comportament interpersonal. Astfel, fiecare partener trebuie să manifeste în relaţionarea cu celălalt

membru al cuplului interpersonal ceea ce Sidney Jourard a numit *autodezvăluire* sau ceea ce Dalmas Taylor şi Irwin Altman au numit *penetrare socială* (social penetration). Pe măsură ce ambii parteneri manifestă această tendinţă tot mai intens de-a lungul timpului se produce o mai mare apropiere şi o mai accentuată întrepătrundere psihologică şi psihosocială. Gradul de cunoaştere interpersonală creşte treptat, tinzând către nivelul dorit şi aşteptat de către ambii membri ai cuplului. Diferiţi cercetători au subliniat faptul că lipsa unor asemenea posibilităţi de manifestare a intimităţii poate cauza apariţia sentimentului dureros al singurătăţii.

Unul dintre cele mai importante efecte ale dezvăluirii, îl constituie dezvăluirea reciprocă, deschiderea cât mai largă a canalelor de comunicare şi punerea „în contact" direct a unor elemente structurale componente ale psihologiei personale. Investigaţiile efectuate în acest sens au confirmat pe deplin această concluzie şi anume: dezvăluirea produce dezvăluire (Berg, 1987; Rais şi Shover, 1988). Tendinţa de dezvăluire este proporţională cu gradul de deschidere manifestat de către celălalt partener. Ea progresează după modelul dansului: „eu dezvălui puţin, tu dezvălui puţin; apoi tu dezvălui mai mult şi eu voi proceda la fel". (Meyers, 1990). Autodezvăluirea însă, deşi este gratificantă, nu conduce automat la activarea sau reactivarea sentimentului de dragoste. Astfel, cercetările arată că, în timp ce ne place foarte mult de cei care ne sunt parteneri, în propria noastră dezvăluire, nu întotdeauna îi iubim pe cei care ni se dezvăluie prea mult (R. L. Archer, şi Burleson, 1980). De pildă, cineva, care foarte devreme şi foarte repede după ce facem cunoştinţă, se grăbeşte să ne furnizeze cât mai multe detalii intime, poate fi considerat ca fiind indiscret, imatur şi chiar instabil (Dion şi Dion, 1978, Miell şi alţii, 1979). Chiar dacă autodezvăluirea intimă nu produce direct atracţie interpersonală, ea pare a fi una dintre plăcerile şi bucuriile principale ale dragostei complete. În cadrul cuplurilor interpersonale, inclusiv a celor maritale, în interiorul cărora există tendinţa de creştere a autodezvăluirii, reciproc, partenerii se declară tot mai intens satisfăcuţi de relaţia lor şi, totodată, creşte probabilitatea ca ei să se menţină în cadrul acestor relaţii (Berg şi McQuinn, 1986; Hendrick, 1988; Sprecher, 1987).Chiar dacă gradul de deschidere, în ceea ce priveşte relaţionarea interpersonală, este foarte mare, iar partenerii sunt susţinuţi şi sincer dispuşi să se dezvăluie reciproc, comportamentul lor concret, efectiv, este în mare măsură influenţat de o serie de factori externi: norme, reguli, valori socio-culturale, care reglează comportamentul indivizilor. Însă, cu toate acestea, *dezvăluirea reciprocă* este unul dintre canalele deosebit de importante pentru realizarea comunicării şi întrepătrunderii psihologice în cuplu. Dacă acest canal este „utilizat" într-o manieră echilibrată, el contribuie la întărirea şi amplificarea sentimentului de dragoste, şi totodată la *stabilitatea cuplului*.

2.5.2. Factori de întreţinere, dezvoltare şi transformare

Factorii psihosociali cu rol de întreţinere, dezvoltare şi transformare a relaţiei maritale încearcă să dea un răspuns la întrebarea „cum se structurează cele două personalităţi în relaţia conjugală?" şi ulterior, cum vor adopta rolurile parentale.

Se dezvăluie pregnant în dinamica maritală rolul factorilor interpersonali care îi conferă un sens armonic sau dizarmonic, un anumit ***stil de existenţă maritală.***

Stilul, ritmul şi formula specifică de manifestare a compatibilizării interpersonale sunt rezultatul cumulat al unui complex angrenaj de imagini şi mesaje retroactive, care în ţesătura intimă a interacţiunii maritale, dobândesc efecte de halo, amplificându-se şi multiplicându-se în infinite nuanţe şi semnificaţii, exprimate în modele comportamentale şi comunicaţionale proprii fiecărui cuplu. Se conturează astfel, ***modele de intercomunicare sexual-senzitivă şi erotico-afectivă***, verbale şi nonverbale, care, deşi se încadrează modelului socio-cultural al sexualităţii şi erotismului propriu unei epoci şi unei anumite organizări sociale, îşi păstrează totuşi apanajul diversităţii infinite şi a irepetabilului. Cuplul este un perpetuu creator de „codificări" erotico-senzitive, îmbogăţind şi perfecţionând limbajul şi cunoaşterea senzorială prin semnificaţii afective şi ideative, ce dobândesc calitatea unui veritabil act de cultură erotico-senzitivă. ***Gradul de cunoaştere interpersonală***, ca rezultat al intercomunicărilor şi interacţiunilor pe toate planurile, ***devine principalul mecanism de întreţinere, dezvoltare şi corecţie în dinamica diadei maritale.***

2.5.2.1 Intercunoaşterea maritală

Intercunoaşterea maritală reprezintă un factor psihosocial de întreţinere, dezvoltare şi corecţie a interacţiunii în dinamica relaţiei maritale, ce constă în modalitatea specifică în care partenerii se percep, se evaluează, se interpretează şi se anticipă reciproc sub aspectul trăirilor, reacţiilor, atitudinilor, convingerilor, capacităţilor de înţelegere, interpretare şi opţiune, motivaţiilor, valenţelor şi intereselor, acţiunilor şi comportamentelor în adoptarea şi exercitarea rolurilor conjugale, precum şi a celorlalte roluri simultane (părinţi, membri ai societăţii, profesionişti).

Instrumentul operaţional al intercunoaşterii îl constituie cuplul de imagini Ego-Alter, care devine o perpetuă şi nuanţată confruntare a mecanismelor perceptiv-motivaţionale ce intervin simultan în procesul de autoevaluare, evaluarea a celuilalt şi interevaluare. Sistemul operaţional al imaginilor posibile, din a căror combinaţie se poate deduce caracterul complex şi adesea puţin previzibil al dinamicii intercunoaşterii şi intervalorizării în cuplu este semnificativ pentru interpretarea concordanţei sau neconcordanţei lor graduale, cu consecinţe în planul acomodării şi asimilării interpersonale. Pe baza acestor aprecieri se poate deduce un anumit nivel de *disponibilitate adaptiv-creativă interpersonală* maritală (individuală şi de cuplu).

2.5.2.2. Intercomunicarea în cuplul conjugal

Pentru familie, comunicarea, alături de intercunoaştere, este principalul instrument de dezvoltare a structurii şi relaţiilor de rol familial. Atunci când membrii familiei sunt capabili să se asculte unii pe alţii, să se întrebe şi să comenteze asupra subiectelor pentru care există un interes personal, ei pot conlucra şi interacţiona optim, astfel încât fiecare să fie stimulat în a se dezvolta şi a resimţi satisfacţie.

Pe parcursul dialogului familial, se utilizează zilnic toate modalităţile de comunicare posibile: înţelegerea, dezaprobarea sau impunerea, supunerea sau consilierea, indiferenţa sau mutualitatea, detaşarea sau neimplicarea. Fiecare dintre aceste modificări pot să alterneze situaţional la fiecare din membrii familiei, dar pot

deveni şi dominante prin frecvenţa lor, adevărate tipare de comunicare proprii unuia sau altuia din membrii familiei.

Stilul comunicaţional al unei persoane poate fi mobil, deschis (utilizând adecvat toate modalităţile de comunicare) sau rigid (folosind predominant doar un tip de comunicare). În general, puţini oameni sunt înclinaţi să acţioneze permanent într-o singură manieră, deşi există şi persoane care utilizează acelaşi mod de a comunica (dominator-autoritar sau submisiv-supus).

V. Satir consideră că există cinci modalităţi de care se folosesc indivizii pentru a comunica:

- *concilierea* presupune acordul cu o altă persoană chiar şi atunci când sentimentele şi convingerile personale sunt contrarii. Deşi poate genera încă probleme şi insatisfacţii pe termen lung, concilierea rămâne o strategie de comunicare accesibilă şi de stimulare a relaţiilor interfamiliale;
- *dezaprobarea* este o metodă utilizată în special de persoanele cu o mare nevoie de afirmare şi demonstrare a puterii, având un comportament hipercritic, dictatorial. Acestea au o mare nevoie de a fi ascultate, de a-şi dovedi lor însele forţa Eu-lui, poziţia de autoritate;
- *rezonabilitatea* este o modalitate comunicaţională proprie mai ales celor care manifestă o incapacitate în a-şi exprima sentimentele, fie ca un deficit de expresii, fie din teamă (blocaj afectiv);
- *irelevanţa mesajului* constituie un mod de comunicare indiferent sau evitant, prin care cuvintele persoanei respective nu au legătură cu ceea ce se întâmplă în mediul apropiat, desemnând o manieră nonimplicativă, care poate abate atenţia de la obiectivul discutat.
- *concordanţa* exprimă modalitatea de comunicare în care sentimentele se potrivesc cu convingerile şi comportarea individului, fiind cea mai sanogenă pentru relaţiile interpersonale.

Mesajele verbale sunt însoţite în comunicarea interumană (în cea conjugală în special) de mesaje nonverbale, expresiv-senzitive, fizionomice (mimice), corporale (pantomimice, kinestezice), comunicarea fiind de fapt un fenomen propriu întregului organism. Adesea, soţii comunică senzitiv mai autentic decât verbal. Tocmai de aceea, inautenticitatea unor mesaje verbale este demascată de căile comunicării senzitive şi uneori chiar extrasenzoriale, prin mijloace intuitiv-empatice.În comunicarea dintre doi oameni, în general, dintre parteneri în special, se stabilesc două canale: conştient şi inconştient. Mesajele conştiente şi inconştiente şi jocul imprevizibil al acestora devin relevante pentru înţelegerea comportamentului de rol familial. Fiecare mesaj reflectă, în fond, modul propriu al unei persoane de a intra în contact cu alta.

Astfel într-un cuplu pot predomina cantitativ mesajele de ordin afectiv-senzitiv-verbal, iar în alt cuplu dominante sunt mesajele nonverbale de tip empatic. Cantitatea crescută a informaţiilor intramaritale de un tip sau altul nu conduce obligatoriu la un câştig în planul compatibilizării partenerilor, ea putând favoriza uneori fenomene de bruiaj şi distorsiune a semnificaţiei mesajelor, devalorizându-le şi conferindu-le alteori o valoare tensională în cuplu.

Ceea ce este definitoriu pentru stilul comunicaţional şi eficienţa sa într-un cuplu este *calitatea mesajelor*, semnificaţia lor raportată la sistemul de „cerere şi ofertă",

„recompensă şi sancţiune", „primire şi respingere". *A şti ce, când şi cum să comunici, în situaţie de parteneriat*, constuie o disponibilitate esenţială pentru comunicarea vieţii în cuplu şi pentru corecţia succesivă a stilului interacţional şi ulterior a celui parental. Această disponibilitate se întemeiază pe anumite particularităţi individuale, dar creează şi se dezvoltă până la un anumit punct numai în contextul *interacţiunii conjugale*, într-un proces continuu de „educare" şi „autoconducere maritală". Modelele socio-culturale de intercomunicare conjugală, pe care consorţii le-au asimilat în existenţa lor anterioară (în familia părinţilor, a rudelor, etc.), ca şi cele de referinţă actuală (ale prietenilor, rudelor, etc.) sau mijlocite pe cale culturală (literatură, teatru, film) constituie factori externi de corecţie, dezvoltare şi, uneori, distorsionare continuă a stilului comunicaţional în cuplul conjugal. Eficienţa comunicării conjugale conduce la creşterea gradului de integrare a fiecărui partener în viaţa şi activitatea conjugală şi ulterior la adoptarea rolurilor parentale într-o manieră sanogenă şi eficientă. Desigur, acest *nivel de integrare* poate fi testat în funcţie de mai mulţi *indicatori*, dar cei mai importanţi sunt doi:

1. eficienţa şi competenţa comportamentului marital şi familial;
2. gradul de satisfacţie resimţit.

Primul indicator se referă la aptitudinile şi disponibilităţile maritale şi parentale din cadrul grupului familial. Este vorba de capacităţile „instrumentale" puse în funcţiune de fiecare membru al cuplului conjugal în calitate de soţ şi părinte. Al doilea indicator vizează efectele relaţionării în plan intern, subiectiv, psiho-afectiv între partenerii conjugali. Când asemenea efecte sunt pozitive, ele apar sub forma unor trăiri afective de tipul mulţumirii, satisfacţiei, împlinirii, echilibrului, armoniei, iar când sunt negative, subiectul este dominat de puternice stări de frustraţie, nemulţumire, insatisfacţie.

Desigur, cazul cel mai fericit este acela în care, pentru ambii parteneri, „eficienţa" în rolul marital şi familial este maximă şi, totodată, nivelul de satisfacţie conjugal familială este autentic şi relativ stabil, indiferent de etapa de evoluţie în care se află cuplul (debutul relaţiei conjugale, graviditatea femeii, perioada postnatală axată pe creşterea şi educarea copiilor, etc).

În sens opus, cel mai nefericit caz este acela în care, pentru ambii parteneri, atât eficienţa comportamentului conjugal familial, cât şi nivelul de satisfacţie resimţit sunt extrem de scăzute. În asemenea situaţii, stabilitatea şi, mai ales, funcţionalitatea cuplului conjugal sunt practic imposibil de menţinut.

2.5.2.3. Intimitatea conjugală

Aşa cum o indică etimologia – latinescul „intimus" este superlativul lui „interior" – intimitatea desemnează tot ce este cu adevărat profunzime a interiorului fiinţei, străfundurile inimii, chiar abisul sufletului sau secretul şi esenţa acestuia.

„Viaţa intimă" este partea cea mai profundă a întregii noastre existenţe, cea pe care o ţinem ascunsă de alţii; ea mai este numită şi „personală" sau „privată", în opoziţie cu sintagma „viaţa publică". Viaţa intimă se referă la sentimentele, gândurile şi propria noastră sexualitate. „Să fii intim" cu cineva înseamnă să te apropii de ceea ce are el mai profund şi mai secret, ceea ce presupune o încredere absolută şi o puternică legătură.

Prin urmare, am putea să definim intimitatea amoroasă ca pe relaţia privilegiată pe care o stabilesc între ele două fiinţe, relaţie a cărei cu caracteristică este de a fi foarte strânsă şi foarte profundă atât în plan corporal, cât şi în planul conştiinţei, şi al cărei rezultat constă în a realiza o legătură afectivă strânsă între parteneri.

Intimitatea psihică

Intimitatea psihică înseamnă să comunici şi să asculţi, să te confesezi şi să primeşti, să dăruieşti şi să accepţi, într-un cuvânt, să ştii să împarţi.

Intimitatea este definită ca fiind o calitate particulară pentru două persoane, aceea de a fi apropiate sub aspect emoţional-afectiv. (C. Enăchescu, 2000)

Această legătură se bazează pe următoarele aspecte: atenţii reciproce, responsabilitate, încredere, comunicare deschisă sinceră, a sentimentelor şi senzaţiilor, schimb deschis şi total de informaţii între parteneri, cooperare reciprocă; realizarea unei securizări reciproce prin sprijinirea unui partener prin celălalt. Echilibrul între aceste componente ale iubirii dintre parteneri este întotdeauna diferit şi relativ, existând posibilităţi infinit de variate în cadrul relaţiei erotice.

Latura cognitivă a iubirii se constituie din toate acele elemente pe care partenerii cuplului "le ştiu" din partea altora şi care, în final, le influenţează decizia de "a iubi" şi de a întreţine această decizie. În trecut, "căsătoriile aranjate" din raţiuni sociale sau pentru interese familiale, funcţiona destul de bine, erau durabile, aspect ce se mai menţine şi astăzi, în special în mediul rural.

Latura motivaţională, legată de pasiuni, prezintă aspectul relativ la cerere, la alegerea unei anumite persoane sau preferinţa pentru o anumită persoană. De ce se simte cineva atras de o persoană în mod deosebit şi de ce încearcă o repulsie vie faţă de alta? Pasiunea cuprinde aspecte relative, fie legate de atracţia fizică, în care raportul sexual predomină, fie legate de sentimentul romantic al îndrăgostirii. Pasiunea este un fapt iraţional, fiind legată de pulsiunile inconştientului. Iubirea nu poate exista fără pasiune, în schimb pasiunea singură nu este suficientă pentru a garanta şi a dezvolta stabilitatea viitorului cuplu.

Latura emoţională a intimităţii cuprinde toate elementele care presupun faptul de "a trăi unul alături de celălalt" şi din care rezultă sentimentul de legătură. Acesta nu corespunde pasiunii, întrucât nu se însoţeşte în mod necesar de dorinţa sexuală.

Din cele mai sus prezentate, reiese faptul că intimitatea face parte integrantă din "motorul viu" al fiinţei noastre psihosomatice şi conferă adesea individului reale surse de adaptare şi eficienţă socială. Ea asigură motivaţiilor noastre fundamentale, ca şi acţiunilor pe care le întreprindem, o sursă nelimitată de energie, o rezistenţă crescută la stres, o miraculoasă "imunitate psihosocială" pe arena atât de diversă şi de imprevizibilă a existenţei. Şi este firesc aşa, pentru că prima funcţie a intimităţii este consolidarea sentimentului acceptării de sine, a recunoaşterii şi confirmării importanţei şi valorii fiecăruia pentru celălalt.

H. S. Kaplan consideră intimitatea drept o calitate particulară a două persoane de a fi aproape sub aspect emoţional, cu alte cuvinte de a dizolva orice distanţă psihologică, ce ar putea bara o comunicare completă şi autentică. Ea induce o maximă transparenţă în raporturile dintre două persoane, susţinută de atenţie, responsabilitate şi încredere mutuală, comunicare sinceră a sentimentelor şi senzaţiilor, fără apărări şi disimulări

atunci când unuia dintre parteneri i se întâmplă ceva semnificativ sub aspect emoţional. În cuplul erotic, intimitatea este importantă, „pentru că ea determină calitatea vieţii şi a dragostei” (H.S. Kaplan).

Intimitatea ca latură afectivă a dragostei este considerată drept garanţia dezvoltării şi stabilităţii unui cuplu. În acest sens, R. G. Sternberg şi S. Grajek (1984) argumentează prin aşa-numita ***teorie triunghiulară a dragostei*** semnificaţia particulară a celor trei componente care decid cursul armonic şi longevitatea unei căsătorii:pasiunea (sau atracţia fizică, senzitivă şi sexuală); cunoaşterea celuilalt şi de sine (care influenţează decizia de a iubi şi menţinerea ei); intimitatea (sau sentimentul de legătură emoţională care alimentează şi impulsionează nevoia de continuitate a relaţiei). Fără îndoială că dragostea nu poate exista fără pasiune (care se naşte mai ales din resorturile inconştiente ale motivaţiei sexuale umane), dar ea, de cele mai multe ori se estompează în timp, fără a putea garanta menţinerea cuplului. Singura care poate depăşi chiar şi „conflictele de cunoaştere” interpersonală substituind subtil devitalizarea pasiunii sau revitalizând-o imprevizibil este căldura emoţională manifestată şi receptată, mereu necesară, indiferent de vârstă, moment, etapă. Cuplurile fericite, cel puţin tranzitor, cunosc două tipuri de intimitate (M. Mascherpa, E. Mecco, 1989): cea fuzională, bazată pe o relaţie de interdependenţă (care o reaminteşte pe cea dintre mamă şi copil), proprie în special stării de a fi îndrăgostit, de la începutul unei iubiri; cea care permite dezvoltarea propriei individualităţi şi autonomii, considerată mai matură şi mai avantajoasă pentru relaţia de cuplu. Armonia unui cuplu, chiar dacă se construieşte iniţial pe o intimitate fuzională, nu se poate menţine ulterior decât prin stimularea şi recunoaşterea unei autonomii care să permită dezvoltarea reciprocă a partenerilor, ca „repere” psihologice esenţiale fiecare pentru celălalt. În cuplu, o anumită distanţă psihologică optimă este necesară pentru o mai bună comunicare, ca şi pentru o revigorare şi energizare a atracţiilor mutuale.

2.5.2.4. Interacţiunea maritală

Interacţiunea maritală reprezintă un factor psiho-social esenţial prin care se formează, fiinţează şi se dezvoltă cuplul marital, presupunând simultaneitatea unor tipuri de interacţiuni sexual-afective, motivaţionale, comunicaţionale, perceptual-cognitive, comportamental-atitudinale, precum şi succesiunea perpetuă a unor feed-back-uri corectoare cu sens interadaptativ, în cadrul şi între toate tipurile de interacţiuni. Interacţiunea maritală asigură procesul de re-creare şi redimensionare a psihologiei individuale în psihologia interpersonală şi a acesteia în psihologia de tip familial. ***Stilul interacţional familial*** este specific fiecărui cuplu, în condiţiile evoluţiei sale particulare existenţiale, fiind determinat atât de condiţiile subiective şi intersubiective ale personalităţilor ce formează cuplul, cât şi de condiţiile obiective, situaţionale, materiale, socioculturale în care se desfăşoară viaţa. Stilul interacţional familial, cu predominanţa sau alternanţa modelelor de tip cooperant, competitiv şi conflictual, determină climatul socio-afectiv conjugal şi parental, scopurile şi aspiraţiile individuale şi de microgrup, modalităţile specifice de realizare a rolurilor familiale.În viziune longitudinală, date de cercetare pe familia românească (I. Mitrofan, 1989) ***au relevat tendinţa progresiv crescătoare a modelului cooperant***, ceea ce reflectă interacomodarea treptată a partenerilor, atingându-se un maximum funcţional în medie după 11–15 ani de căsătorie.

O uşoară diminuare a cooperării, concomitent cu o oarecare tendinţă la acutizarea interacţiunilor conflictuale apare în etapa următoare (cca. 16–25 ani de căsătorie şi după), de preclimateriu şi climateriu care fragilizeză şi tensionează relaţiile conjugale. Modelul competitiv este predominant în etapele de început ale căsătoriei (0–10 ani), diminuând la cuplurile armonice treptat în favoarea modelului bazat pe cooperare sau amplificându-se şi transformându-se în model conflictual. În evoluţia globală a cuplurilor armonice, se contureză o tendinţă progresivă de înlocuire a modelului iniţial, bazat pe rivalitate (în stadiul de preacomodare şi interacomodare maritală), cu modelul bazat pe cooperare, atingând valori maxime în stadiul asimilării şi cristalizării interpersonale. Variabilitatea stilului interacţional în evoluţia cuplurilor familiale constituie însă o realitate, atît în ceea ce priveşte durata sincronizării ritmurilor şi disponibilităţilor de interacomodare, cât şi în ceea ce priveşte potenţialul conflictual, frecvenţa şi formele de manifestare a divergenţelor, inerente în dinamica funcţională a familiei.

Prezenţa sau absenţa copiilor într-un cuplu, ca şi numărul de copii influenţează de asemenea stilul interacţional în diverse etape. Astfel, în perioadele de început, ca urmare a dilatării excesive a sarcinilor de rol parental, relaţia maritală angajează unele rivalităţi şi conflicte pe linia stabilirii unei conduite educaţionale unitare, ceea ce presupune o reaşezare a diviziunii sarcinilor familiale şi o restructurare a raportului de decizii în cuplu.

2.5.2.5. Coeziunea cuplului

Exprimă raporturile de îmbinare, solidaritate şi apropiere dintre membri, raporturi în virtutea cărora cuplul funcţionează la nivelul social ca o entitate coerentă, relativ de sine stătătoare. Acest factor ce asigură funcţionalitatea normală a familiei, indică legătura dintre partenerii grupului familial, tendinţa lor de a rămâne uniţi şi în acord. Astfel, coeziunea la nivelul cuplului conjugal presupune o atitudine de adeziune faţă de partener, faţă de familie. Nivelul de coeziune poate fi determinat în funcţie de nivelul de participare la viaţa de familie, pe de o parte, şi de nivelul de satisfacţie, pe de altă parte. Pentru ca un cuplu să fie coeziv trebuie să existe atracţie interpersonală între soţi, consens afectiv şi cognitiv, angajare în sarcini comune.Există o serie de factori care acţionează pentru coeziunea vieţii de cuplu: stima şi afecţiunea reciprocă; dorinţa de a duce o viaţă în comun alături de altul; existenţa unui spaţiu comun; compatibilitatea sexuală; un nivel mutual similar privind instruirea, poziţia socială, venitul, ocupaţia.

2.5.2.6. Satisfacţia conjugală

Configuraţie psihică complexă, ***satisfacţia conjugală*** constă într-un set de atitudini pozitive ale persoanei căsătorite faţă de viaţa şi activitatea sa conjugală. Este urmarea, ecoul în plan psihoafectiv al succesului conjugal şi familial conceput ca: dobândire a fericirii personale, a unei depline adaptări a soţilor, obţinerea satisfacerii sexuale, armonizarea personalităţii, obţinerea echilibrului emoţional şi a mulţumirii sentimentale, mulţumire provocată de realizarea în comun a scopurilor căsniciei şi succesul în realizarea lor; sau ca succes în îndeplinirea sarcinilor căsniciei, indiferent de simţăminte, ceea ce înseamnă a avea copii şi a-i educa în mod corespunzător, a dobândi

succesul economic, adică a realiza bunăstarea materială, a realiza aşteptările instituţiilor de stat şi religioase, a desfăşura o susţinută activitate de către ambii soţi în viaţa socială şi culturală. (J. Szczepanski, 1972)

Opusul satisfacţiei conjugale îl constituie ***insatisfacţia conjugală***, sursă a disfuncţiilor şi conflictelor conjugale. Un rol deosebit de important în apariţia şi conturarea satisfacţiei maritale îl are comportamentul de rol conjugal, care poate produce restructurări fundamentale în cadrul setului de imagini şi aprecieri ale partenerului conjugal în raport cu soţul său.

Există deci o serie de factori antagonici care acţionează iniţial în familia stabilă, pentru ca ***situaţiile de criză*** să le modifice configuraţia astfel:

Tabel nr. 4

Modificarea configuraţiei factorilor psihosociali în familia stabilă în cazul unor situaţii de criză

FAMILIA STABILA	FAMILIA IN CRIZA
TOLERANŢĂ	CONFLICTE/VIOLENŢĂ
COMUNICARE	LIPSĂ DE COMUNICARE\ CULPABILIZARE
COOPERARE	IZOLARE/ REPULSIE
IUBIRE ATRACŢIE	FRUSTRARE /INDIFERENŢĂ

Angajarea într-un mariaj provoacă evidente schimbări asupra soţilor. S-a observat că femeile sunt mai flexibile la modificările generate de această formulă existenţială. Pe ansamblu, satisfacţia maritală a cuplului descrie o curbă în formă de U, înregistrând cote mai înalte la cele două capete (debut şi final) şi o evidentă scădere în etapa de mijloc (Bengston şi colab., 1990).

Sporirea asperităţilor în relaţiile familiale este condiţionată şi de traiectoria evolutivă a copiilor, în sensul că ele se acutizează pentru o vreme, imediat după apariţia primului născut şi înregistrează un nou puseu tensionat când aceasta ajunge la vârsta adolescenţei, degenerând chiar într-o dublă criză: intergeneraţională şi interconjugală. (M.Segalen, apud Munteanu, 2000).

Inventariind factorii psihosociali ce alimentează armonia vieţii conjugale, unii autori (S.Taylor şi colab.1994, R.Baron şi colab., 1998) reiterează importanţa decisivă a iubirii întemeiate pe prietenie, prezenţa unor stiluri cognitive şi de coping similare în faţa vicisitudinilor vieţii, existenţa unei stime de sine înalte a partenerilor, funcţionarea unei bune capacităţi de exprimare a sentimentelor. Armonia conjugală este condiţionată şi de modul în care partenerii respectivi ştiu să se întâlnească, să vibreze şi în plan sexual. O atitudine sapienţială faţă de sexualitate ne îndeamnă să refuzăm extremele, adică atât subaprecierea dar şi supralicitarea relaţiilor sexuale în economia unui cuplu. Chiar dacă iubirea (inclusiv cea conjugală) originează din sămânţa sexului, ea fiinţează dincolo de aceasta.

2.6. Disfuncţiile de rol conjugal-parental

Privind îndeplinirea rolurilor conjugal-parentale se delimitează două tipuri de familii:

1. Familia în care rolurile conjugale sunt asumate în conformitate cu normele, cerinţele care reglementeză funcţionalitatea normală a vieţii. Aceste familii au un stil

propriu ce se înscrie într-o traiectorie normală, datorită unei structuri de rol conjugal armonioasă, completă, care va asigura îndeplinirea funcţiilor familiei.

2. Familia în care rolurile conjugale sunt doar în parte realizate la un nivel necorespunzător, într-un cadru, fie tensional, fie de semiprezenţă, fie de indiferenţă. Familia trăieşte relaţii conflictuale, tensionale, ceea ce afectează şi relaţiile sociale şi viaţa profesională. Traiectoria este disfuncţională, marcată de tensiuni, prezenţa iminentă a riscului de disturbare relaţională, evoluează spre conflict şi culminează cu divorţ.

Principalele categorii de disfuncţii sunt:

1. Adoptarea şi exercitarea unor roluri neadecvate

a) ***Exagerarea sau diminuarea trăsăturilor comportamentale specifice sexului.*** O trăsătură este activismul, propriu ambilor parteneri, numai că, în baza arhetipurilor de sex, a istoriei normative sociofamiliale există o anume dominanţă: la bărbat în componenta motrică şi cea intelectuală, iar la femeie, cu precădere pe plan senzitiv-afectiv. Minimalizarea, subaprecierea poate fi mutuală, dar şi explicită prin afirmaţii. *Bărbatul i se adresează: Ştii tu...* sau *De unde să ştie ea...* (este o minimalizare a capacităţii de înţelegere). Femeia îi reproşează: *Nu mă preţuieşti pe măsura dăruirii mele, devoţiunii mele*-femeia îi diminuează resursele empatice, afective.Disfuncţia, de regulă este dată de reproşurile reciproce care exprimă ceea ce subapreciază unul faţă de celălalt în raport cu un mod de referinţă normativ.Dilatarea, exagerarea rolului feminin sau masculin este generată de tendinţa unuia de a considera că rolul sexului său este cel mai important pentru viaţa întregii familii: soţul tiran, dominator adoptă un rol hipertrofiat. Uneori, acesta este suportat de tipul feminin, trofiat din punctul de vedere al rolului de sex, femei marcate de ambiguităţi, nehotărâri cu dependenţă decizională, cu unele tendinţe masochiste. Familia poate evolua pentru că rolurile conjugale sunt exercitate într-o direcţie relativ-complementară şi compensatorie, dar efectele derulării rolurilor parentale sunt problematice. Incomodă este şi hipertrofierea rolului matern care decurge la conduite duplicitare, de acoperire a greşelilor. Un asemenea fenomen poate menţine structura familială, dar creşte riscul de disturbare a relaţiilor familiale prin: acutizarea conflictelor când copiii ajung la pubertate, adolescenţă, sau prin instalarea unei perioade de criză a căsătoriei în intervalul 15–20 de ani de existenţă a acesteia, ceea ce reprezintă o accentuare a unei atmosfere mutuale distorsionate între soţi.În acest caz, exersarea inadecvată a rolului de sex induce o disfuncţie şi la nivelul rolului parental.

b) O altă inadecvare este ***centralitatea rolului feminin în cuplu***, expresie a dorinţei de putere manifestată prin conduite restrictive, punitive, cicălitoare, anxioase, prin lacrimi, reproşuri, uneori bazate pe disimularea a ceea ce prezintă ca suferinţă, neînţelegere. Rolul masculin în asemenea cupluri este trăit printr-o participare redusă, inhibiţie, reacţii imature, dependenţă acţională, relaţională, disimularea unei fericiri ce ascunde renunţări, tumultul interior.

c) În aceeaşi categorie disfuncţională, o altă modalitate de inadecvare este inversarea rolurilor specifice sexelor sau travestiul psihosocial marital. Este o distorsiune în care cei doi intră într-un joc de rol forţat, în travesti rolul femeii este preluat de bărbat şi invers. Este o substituţie mutuală între cei 2 soţi care are afecte distructive atât în privinţa vieţii de cuplu cât mai ales asupra evoluţiei personalităţii copiilor. Femeia îşi asumă cât mai multe conduite masculine: fumează, şofează, decide, organizează, consideră lipsită de importanţă prezenţa soţului în viaţa de familie. Bărbatul îi acordă femeii prioritate în orice

direcţie, treptat lui i s-a diminuat iniţiativa, se simte înlăturat, ironizat şi se gândeşte dacă nu i s-ar fi potrivit o femeie mai înţelegătoare, mai atentă, mai tandră.

2. Un alt tip de disfuncţie este incompletitudinea asumării rolului. Ea poate lua forma semicăsniciei, când unul dintre soţi se implică doar parţial pentru că în paralel dezvoltă relaţii extraconjugale sau refuză să exercite o parte din îndatoririle de rol revenite. O altă formă este cea a exercitării în comun a menajului, a administrării bugetului, dar cu exercitarea autonomă a funcţiei sexual-afective de către unul sau de către ambii parteneri într-un cadru de infidelitate conjugală unilaterală sau bilaterală, sau o altă variantă se consumă pe desfăşurarea în comun a vieţii sexual-afective, pe exercitarea redusă a funcţiilor administrativ-organizatorice de către soţ (de obicei) dar pe realizarea autonomă a funcţiei de loisir tot de către soţ, femeia neavând acces la grupul de prieteni la programul personal. Incompletitudinea asumării rolului apare şi în cuplurile imatur dependente, sau cupluri-copil tutelate de părinţi, de socri. Locuind împreună cu aceştia apar fenomene de reticenţă, inhibiţie, nemulţumire, deşi ajutorul celor vârstnici poate fi substanţial.

3. Disfuncţii ale rolului parental-educativ, rol ce trebuie să răspundă funcţiei de îngrijire, creştere, educare a copiilor, consilierii şcolare, orientării şi susţinerii acestora pentru a dobândi o pregătire profesională temeinică.

4. Disfuncţii în exercitarea rolului organizatoric admininstrativ care trebuie să satisfacă funcţia de interacţiune şi decizie în plan economic, material, igienic-sanitar, asigurarea confortului material.

5. Disfuncţii ale rolului relaţional şi de integrare socială a noii familii în grupurile de apartenenţă (familie extinsă, prieteni, colegi, vecini) sau de integrare în mediul civic-profesional. Uneori apare pe fondul unei bune, chiar performante funcţionalităţi a relaţiilor în mediu strict conjugal.

6. Disfuncţii ale unor incompatibilităţi sexuale, fie datorită unor factori organici, morfologici, fie unor defecte interacţionale în cuplu. Comunicarea verbală şi nonverbală sinceră, cu încărcătură emoţională reprezintă cheia psihologică a unei sexualităţi tonice, sănătoase, echilibrate. **Schimbarea structurii de rol conjugal** rămâne un proces care întâmpină o serie de dificultăţi, mai greu sau mai uşor de înlăturat. Cert este faptul că modificarea sex-rolului tradiţional nu se realizează într-o manieră lentă, evolutivă, fără fricţiuni şi dizarmonii. Cauze de ordin subiectiv, dar şi obiectiv, motive de ordin individual, dar şi constrângeri indirecte ale unei societăţi care impune schimbarea, însă îi trebuie timp să se obişnuiască cu ea, explică dimensiunile şi disfuncţionalităţile ce caracterizează ***cuplul contemporan***, în tentativa acestuia de a-şi construi o nouă identitate. ***Atât scăderea nupţialităţii, cât şi accentuarea fenomenului divorţialităţii, au implicaţii directe asupra ratei brute a natalităţii, aflată în scădere continuă. Pe lângă aceste cauze obiective, diminuarea natalităţii îşi găseşte explicaţia şi în schimbarea filosofiei asupra rolului copiilor în cadrul vieţii de familie.*** Astfel, copiii nu mai reprezintă axul central al vieţii familiale, ci cuplul soţ-soţie a devenit centrul de greutate în jurul căruia gravitează dorinţele, aşteptările, speranţele, plăcerile. Acum părinţii trăiesc mai mult pentru ei, ceea ce îi face să extindă pe durata a cât mai mulţi ani posibil (uneori chiar pe durata întregii vieţi) absenţa unui copil în familie. De asemenea, eventualele temeri privind renegocierea rolurilor în cazul apariţiei unui copil în familie fac preferabilă prelungirea unei stări de lucruri relativ stabile şi reciproc aşteptate.

CAPITOLUL 3:
Maternitatea – abordare funcţională şi psihodiagnostică

3.1. Sarcina şi reprezentarea ei psihologică

Feminitatea şi masculinitatea sunt trăsături de personalitate care se cultivă de timpuriu şi care exprimă habitusuri comportamentale şi comunicaţionale expresive, complementare celor două sexe, menite să consolideze unitatea legăturilor prin căsătorie.

Feminitatea constituie o caracteristică psihocomportamentală specifică sexului feminin, cu o bază biologică, dar constituită în continuare după un model cultural.

J. Faure arată că masculinitatea şi feminitatea rezultă din tipul de relaţii ce se instituie între reprezentanţii celor două sexe, după valori acceptate, desemnând statute diferenţiate.

Prin tradiţie, *feminitatea* desemnează o serie de trăsături de personalitate specifice femeii: sensibilitate, fineţe, activitate ordonată, sentimente durabile, preocupări pentru frumos, emotivitate, inteligenţă analitică, aptitudini educaţionale. Transformările sociale şi modificările în plan etnocultural au acţionat profund asupra feminităţii. Trăsăturile care definesc identitatea feminină se caracterizează prin alterocentrism. (cf. Enăchescu, C.). Femeia este altruistă, ea îşi plasează interesele şi pasiunea nu asupra propriei sale persoane, ci asupra celorlalte persoane de care se simte atrasă şi puternic legată: părinţi, soţ, copii, prieteni, etc. Ea este dornică să se dăruiască, să trăiască pentru cei de care este legată afectiv.

În plan psihologic şi moral, aceste trăsături care configurează *identitatea feminină* sunt: generozitatea, sentimentalismul, compasiunea, spiritul de sacrificiu, pasionalitatea, intuiţia, etc.

Femeia este destinată devotamentului şi iubirii pentru alţii. Din aceste motive, ea este în primul rând mamă şi soţie. (G. Lombrosso, H. Marion). Orice formă de împlinire a destinului unei femei trece prin aceste roluri: rolul de soţie şi rolul de mamă. Aceste roluri îi împlinesc identitatea, îi oferă satisfacţie şi siguranţă. Bărbatul are nevoie de femeie care rememorează legătura maternă a copilăriei de partenera sa de viaţă pe care s-o iubească şi de care să fie iubit, ocrotind-o. El este protectorul familiei, pe când femeia este elementul de stabilitate şi continuitate al familiei. Familia este cea care evidenţiază rolurile diferenţiate ale celor doi parteneri ai cuplului marital: bărbatul şi femeia. Aceste roluri se reflectă asupra creşterii şi educării copiilor. G. Lombrosso, în studiile sale despre sufletul femeii afirmă că în familie, pentru copii, femeia este doică, educatoare, profesor, prieten, sfătuitor, etc. Altruismul feminin se opune egocentrismului masculin şi, dincolo de aspectele lor psihologice, ele constituie doi poli complementari care atrag şi întregesc partenerii cuplului marital, contribuind la formarea şi menţinerea familiei.

Femeia se realizează prin iubire: iubirea pentru părinţi, pentru soţ, pentru copii. Prin aceştia ea lasă o urmă în viaţă, se simte împlinită. Bărbatul este ceea ce produce prin munca sa, femeia este cea care se regăseşte în dăruirea de sine, în copii, familie, acte caritabile. Femeia aspiră către iubire şi stabilitate, pe când bărbatul aspiră către ambiţie, glorie, putere, bogăţie, poziţie socială. Altruismul femeii o face dependentă de ceilalţi şi în primul rând de soţ şi copii. Plasându-şi centrul vieţii sale în ceilalţi, ea devine în mod fatal dependentă de ei. Emanciparea femeii a redus distanţele şi divergenţele între feminitate şi masculinitate, în sensul că feminitatea a câştigat şi câştigă pe linia unor caracteristici comportamentale: iniţiativă, independenţă, spirit de organizare, îndrăzneală, forţă, atitudini şi aptitudini manageriale. De asemenea, W. şi T. Fremont (1993) descriu şi alte *nevoi sau trăsături ale rolului feminin* de a căror satisfacere în cuplul marital depind continuitatea şi maturitatea relaţiei erotice:

Nevoia de siguranţă necesită ca soţul să fie un suport constant, prezent în momentele importante şi să rezolve cu înţelepciune diversele probleme ale familiei, împreună cu soţia. El trebuie să-şi manifeste iubirea prin comunicare, asigurându-i soţiei sentimentul de siguranţă, de confort psihologic. Pentru femei, comunicarea verbală este mai importantă decât cea fizică. Ele au nevoie de un timp în care să discute în linişte despre problemele banale, cotidiene. Deşi adesea, aceste discuţii par lipsite de importanţă pentru soţ, ele sunt imperative pentru menţinerea unei atmosfere de deplină înţelegere. Un soţ bun va avea grijă să nu provoace gelozia soţiei sale şi nici să nu-i pună la îndoială dragostea.

Nevoia de cămin şi dorinţa de a avea copii cărora să le creeze un mediu plăcut, constituie a doua nevoie de bază a unei femei. Femeia are nevoie de amenajarea ambientului, a căminului, atât pe dimensiuni estetice, cât şi funcţionale. Aşa cum păsările îşi fac cuib, tot aşa femeia se îngrijeşte, înfrumuseţează şi sacralizează, prin activitatea şi prezenţa sa cuibul familial care să asigure cuplului şi copiilor o oază binecuvântată. Neglijenţa femeii în îngrijirea şi amenajarea casei este un semn că nevoile ei nu au fost împlinite, că este în general insecurizată, stresată sau deprimată. Fireşte pot exista şi alte explicaţii: respingerea inconştientă a rolului feminin sau matern, alte dominante şi interese care depăşesc sex-rolul.

Sarcina a reprezentat în toate timpurile şi în toate culturile împlinirea celei mai puternice tendinţe instinctivo-afective a femeii, constituind expresia supremă a autorealizării sale şi concretizarea ideii de permanenţă, de prelungire a vieţii dincolo de hotarele existenţei personale. În ciuda acestei puternice motivaţii psihologice cu sorginte pregnant biologică, sarcina constituind expresia instinctului vieţii- temerile ocazionate de acest eveniment, esenţial în existenţa femeii nu au fost încă înlăturate. Ele vizează astăzi nu atât viaţa parturientei, cât grija faţă de evenimentul naşterii şi evoluţia copilului.

3.2. Dorinţa femeii de a procrea şi instinctul matern

Atitudinea unei femei faţă de sarcină depinde în mare măsură de mediul în care ea a crescut, de societatea şi cultura în care trăieşte ca adult precum şi de percepţiile sociale pe care femeia le are despre sarcină. Până recent, perspectiva predominantă asupra naşterii a considerat sarcina drept boală sau posibilă boală. Un mare accent pus asupra managementului medical din timpul sarcinii a transmis *ideea considerării sarcinii în*

termeni de sănătate. Ceea ce femeia însărcinată şi partenerul ei simt în privinţa sarcinii şi a naşterii poate fi mult afectat de experienţele lor personale, de cele ale prietenilor şi rudelor acestora, precum şi de perspectiva generală curentă asupra etapelor sarcinii, travaliului şi a naşterii.

Mediul cultural al femeii poate influenţa activismul acesteia în perioada sarcinii şi a naşterii. Măsura în care o femeie se simte în siguranţă în relaţiile cu oamenii din jurul ei, în special cu tatăl copilului este importantă pentru acceptarea de către ea a sarcinii. Ea va accepta sarcina mai uşor dacă are încredere în trăinicia relaţiei cu tatăl copilului şi dacă simte că acesta îi acordă sprijin emoţional. Abilitatea unei femei de a coopera sau de a se adapta la stres, mecanismele de coping joacă un rol important în modul în care ea va rezolva conflictele şi se va adapta la noile evenimente. Această abilitate de a se adapta la rolul de mamă pentru fiecare copil depinde în mare parte de temperamentul ei, de modul rapid sau lent de adaptare la noi ritualuri.

Anumite femei au dificultăţi în acceptarea sarcinii pentru că o văd ca pe o ameninţare la adresa frumuseţii şi tinereţii lor. O altă femeie poate considera că sarcina o va priva din punct de vedere financiar şi îi va distruge şansele unei promovări în muncă. Aceste sentimente reale trebuie avute în vedere în acţiunea de consiliere a gravidei. Femeia are nevoie de oportunitatea de a-şi exprima aceste sentimente şi de a deveni conştientă de intensitatea lor.

Naşterea unui copil este un moment magic în viaţa unui cuplu, a unei familii. La femeie, funcţia sexuală depinde de procreaţie înainte de toate. Bărbatul acceptă greu şi târziu rolul său de procreator pe când la femeie acesta se dezvoltă şi apare mult mai devreme. Bărbatul nu are conştiinţa organică, viscerală a procreaţiei, aceasta fiind amestecată cu impulsurile erotice primitive, de ordin instinctual. În cazul fetelor, acceptarea unirii sexuale are caracterul ambiguu al luptei interioare între dorinţa sexuală şi instinctul de conservare a integrităţii fizice. Ea nu urmăreşte, ca partenerul său masculin, numai satisfacerea dorinţei sexuale ci o raportează la perspectiva maternităţii ca pe o împlinire a acesteia. Participarea femeii la unirea sexuală cu bărbatul este dublă: pe de o parte, dorinţa de a se dărui partenerului, iar pe de altă parte dorinţa de a fi mamă. Acestă dăruire este în toate cazurile sau în marea lor majoritate însoţită de angoasa că ar putea fi trădată, părăsită, fără a-şi putea îndeplini rolul complet legat de perspectiva împlinirii maternităţii. (Enăchescu, C.) La femeie, perspectiva maternităţii este înţeleasă ca finalitatea firească a dăruirii acesteia către partener, depăşind astfel simpla satisfacere a dorinţei sexuale.

Sentimentul matern al procreaţiei are un pronunţat caracter fiziologic şi el se manifestă precoce. Este legată de impresia potrivit căreia copilul este amintirea animală a unui fragment din corpul său, a unui fragment din personalitatea sa fizică şi morală. (Hesnard, A.) La Hesnard maternitatea apare ca o încoronare a operei sexualităţii, ca un stadiu ultim şi definitiv al evoluţiei sexuale. Pentru bărbat, sentimentul patern este legat de grija privind viitorul copiilor, educaţia, situaţia economico-materială, integrarea lor socială. Dimpotrivă la femei, *sentimentul matern* are o conotaţie afectivă, psihologică, de protejare, de educaţie şi de formare a copilului.

În sensul acesta, psihanaliştii (Maeder) descriu *două tipuri de femei*:

– *Tipul matern* sau uterin înclinat către satisfacţia şi realizarea maternă,

– *Tipul seducător* sau clitoridian, înclinat către activitatea erotico-sexuală şi dorinţa de seducţie masculină. Acest tip de femeie are un tip de sexualitate infantilă, fiind

mult mai puţin evoluată. Observaţiile şi cercetările din ultimele decade ne demonstrează din ce în ce mai clar importanţa primilor ani de viaţă ai copilului şi relaţia mamă-copil pentru stabilirea dezvoltării viitoare şi capacitatea de a face faţă stresurilor cotidiene. De asemenea, devine evident din ce în ce mai mult că această perioadă foarte sensibilă nu începe cu primul strigăt al copilului ci debutează încă de la conceperea acestei fiinţe noi cu tot ceea ce se exprimă aici din dorinţa de copii. *Sarcina, apoi naşterea primului copil, lactaţia şi procesele fiziologice ce însoţesc maternitatea sunt condiţionate social. Atitudinea faţă de copil ca şi faţă de întreaga gamă de situaţii implicate în maternitate sunt legate de gradul în care primul copil sau următorii sunt doriţi sau rejectaţi inconştient. Neplăcerile din timpul sarcinii pun adeseori în evidenţă dependenţa excesivă maternală în copilărie, adeseori şi o oarecare reacţie de distanţare sexuală.* Dincolo de modificările fiziologice asociate cu schimbări în structura Eu-lui fizic, *imaginea de sine a gravidei* se dezvoltă pe fondul *relaţiei psihologice cu viitorul copil.*

Mulţi autori au mistificat imaginea gravidei. Osho afirma: *Aţi văzut vreodată felul în care păşeşte o femeie atunci când este însărcinată? Ea este foarte atentă, căci poartă în pântec o viaţă nouă. Aţi văzut vreodată transfigurarea feţei unei femei când află că a devenit gravidă? Faţa ei devină luminoasă, plină de speranţă, căci ea ştie că în interiorul ei se află o comoară. O viaţă nouă se va naşte prin intermediul ei. De aceea, ea păşeşte cu cea mai mare atenţie, se mişcă cu multă precauţie. O femeie însărcinată devine brusc mult mai graţioasă. Ea nu mai este singură: corpul ei a devenit un templu.* Imaginea de sine a gravidei este asociată la gestantele sănătoase şi echilibrate din punct de vedere emoţional, şi cu o percepţie pozitivă a sarcinii şi cu reprezentarea copilului. Nonreprezentabilitatea acestuia poate dezvălui probleme în acceptarea sarcinii, a maternităţii şi a viitorului copil.

El este cel pe care orice femeie, chiar şi cea mai sinceră în refuzul său la adresa maternităţii şi-l doreşte într-o zi. El poate fi copilul la care visează aproape orice femeie care a născut atunci când se află în faţa primului nou-născut viu şi sănătos. Acest copil poate împlini totul: singurătatea, destinul, sentimentul pierderii, trăinicia unei familii, poate chiar o stare de doliu după o fiinţă pierdută. În corpul mamei sale însărcinate, copilul este sursă de momente de viaţă psihică, de vise nocturne în care el diferă complet de realitatea sa biologică.

Femeile însărcinate îşi visează adesea copilul, dar niciodată fătul aflat în stadiul embriogenetic corespunzător. Misterul alchimiei vieţii rămâne întreg şi educaţia sexuală nu schimbă nimic aici. Copilul care se dezvoltă în corpul matern rămâne până la naştere de ordin imaginar. El nu este real, el rămâne nonreprezentabil până în ziua naşterii în ceea ce priveşte aparenţa sa fizică. Tehnica ecografică oferă imagini ale copilului chiar înainte de naşterea sa. Totuşi, acest eveniment creat prin tehnică, modifică în mică măsură reprezentabilitatea. Imaginea produsă este cea a unui copil cu ochii închişi, unele mame considerându-l lipsit de viaţă. Există o soluţie de continuitate între imaginea ecografică dinainte, şi copilul real de după aceea, ca şi cum reprezentarea mentală – a avea un nou născut – ar trebui pentru a exista, să se hrănească obligatoriu din experienţa senzorială. În această experienţă, simţul tactil, acest simţ prin excelenţă, singurul care nu poate fi exclus, deţine un loc important. Această nonreprezentabilitate trimite de asemenea din nou la vechile temeri privind interiorul abdomenului care produce gestaţie.

Putem înțelege suferința celor care pierd un copil la naștere indiferent la ce termen, un copil pe care nu au avut timp nici să îl vadă, nici să îl atingă și pe care nici o inscripție vizibilă nu îl leagă de existență. Lipsit de reper senzorial, acest copil rămâne nonreprezentabil și travaliul de doliu nu poate începe.

3.3. Profilul psihologic ale parturientelor

Odată cu graviditatea, femeia trece de la rolul conjugal, la asumarea rolului parental. *Graviditatea se caracterizează, printr-o serie de influențe exercitate asupra evoluției sarcinii și asupra proceselor de creștere și dezvoltare a fătului.* Între femeia însărcinată și făt există o armonie deosebită, condiție fundamentală pentru evoluția sănătoasă a copilului. ·

Pentru multe femei prima sarcină este descrisă ca o perioadă de oboseală, schimbare a apetitului alimentar, grețuri, pierderea libidoului. Se pot manifesta stări de anxietate și îngrijorare în legătură cu viitorul statut de părinte, rolurile materne și paterne, incertitudini referitoare la stabilitatea relației cu partenerul, etc.

Manifestările psihice caracteristice femeii gravide sunt:

- creșterea gradului de anxietate și a sentimentului de insecurizare psihologică;
- iritabilitate;
- scăderea pragului senzorial (nu mai suportă unele mirosuri);
- creșterea reactivității;
- scăderea rezistenței la frustrație;
- oboseală, stări de somnolență, etc.

Ele se pot înscrie pe un registru pornind de la normal și ajungând uneori, la patologic. În cazul în care aceste modificări se înscriu pe linia patologicului, *psihologul* poate fi solicitat pentru a evalua existența unei eventuale tulburări sau boli psihice în istoricul de viață. În condiții de instabilitate psihică poate apare un conflict între dorințele și drepturile mamei de a-și îngriji propriul copil și necesitatea de a asigura copilului condiții optime de creștere și dezvoltare.De asemenea, *în sarcina psihologului sau a asistentului social,* revine și stabilirea riscurilor pentru făt atât în perioada dezvoltării prenatale cât și după naștere.

Riscurile în dezvoltarea biologică și psihică a fătului pot crește din cauza infecțiilor, deficitului nutrițional, expunerii la drog, autovătămării deliberate etc. Evaluarea psihologică a mamei și depistarea eventualelor afecțiuni precum schizofrenia cronică, tulburările alimentare (anorexia sau bulimia nervoasă), dependența de drog, tulburările de personalitate devin o urgență ca urmare a riscurilor ce pot apare ulterior la făt. Aceste riscuri trebuie să intre în ecuație atunci când se stabilește necesitatea unui tratament obligatoriu. Preocupările pe termen lung legate de securitatea climatului familial și a noului născut vor fi preluate încă din perioada sarcinii de serviciile sociale. Unii autori (Ionescu G.) consideră că sarcina constituie pentru femeie o perioadă de criză, determinată de tendințe contradictorii, dar și de situația fizică deosebită în care se află. Această criză marchează trecerea de la starea calitativ diferită a maternității, care conferă femeii un alt rol și-i impune un alt statut. Această perioadă de criză este determinată și de faptul că vechile atitudini,

obiceiuri şi obişnuinţe nu mai corespund condiţiei actuale a femeii, care implică o maturitate psihologică.

Această perioadă de criză este rareori marcată de o fenomenologie nevrotiformă şi excepţional psihotiformă, dar întotdeauna poate fi constatată prin examen psihologic clinic şi investigaţie experimentală prin teste. Această criză psihologică poate determina în acelaşi timp reapariţia unor conflicte stinse, evidenţierea unor tendinţe opuse, a unor anxietăţi mascate sau compensate care impun gravidei mari eforturi adaptative. Sarcina normală, implică deci nu numai un efort de compensare şi adaptare somatică, ci şi de modelare psihologică de care trebuie să se ţină seama în îngrijirea prenatală modernă. Aceasta pentru că sarcina aduce nu numai un stres intern cu schimbări fiziologice dramatice, dar şi un stres condiţionat extern, acesta fiind determinat de noi responsabilităţi sociale şi readaptări emoţionale în cadrul familiei. (Ulett şi Goodrich).

Modificările psihofiziologice atestă în această perioadă o scădere a pragului sensibilităţii generale şi se evidenţiază în special prin intoleranţă la unele substanţe odorifice, înainte bine suportate, de asemenea capriciile apetitului, extravaganţele culinare, ca şi tendinţele de bulimie sunt îndeobşte cunoscute. De asemenea, este prezentă o reactivitate exagerată la orice excitanţi senzitiv-senzoriali din ambianţă. În acelaşi timp, se constată o scădere a pragului de toleranţă la frustraţie, ilustrată prin reacţii disproporţionate, contrarieri, iritabilitate, instabilitate, tendinţe agresive. Unii autori descriu în sarcină o creştere a productivităţii imaginative, sursă de aprecieri eronate, interpretări false şi chiar mitomanie gravidică (Silva). În acelaşi context, se înscriu tendinţele de gelozie, manifestările de revendicare afectivă.

Uneori, sarcina poate să fie trăită ca un element frustrant şi restrictiv, ceea ce determină apariţia unor atitudini negative ale mamei, pentru care fetusul reprezintă o persoană urâtă şi temută. (Henriette Klein). Tendinţele impulsive devin tot mai greu de stăpânit şi se traduc prin izbucniri afective, dereglări ale apetitutului sexual, uneori prin cleptomanie. Sfera cognitivă prezintă modificări minore, exprimate prin oarecare lentoare ideativă, hipomnezie, hipoprosexie, tendinţe interpretative, etc. (Ionescu G., 1980) Sub aspect somatic, mai ales în primele luni de sarcină, se poate evidenţia o stare de astenie, somnolenţă, algii pelvine, ptialism, tulburări de tranzit intestinal ca şi binecunoscutele greţuri şi vomismente considerate ca fiziologice până în luna a treia. Responsabilitatea deosebită a femeii de astăzi faţă de sarcină şi destinul viitorului copil trebuie să atragă atenţia şi ca o problemă de psihologie socială, de care depinde nu numai indicele de natalitate al unei ţări sau grup social, ci şi fenomenologia psihică – în special nevrotică în timpul graviditǎţii.

Studiile epidemiologice şi transculturale întreprinse de Margaret Mead (1966) care arată că în societăţile primitive tulburările psihice gravido-puerperale sunt excepţional de rare, ilustrează sub un alt unghi importanţa psiho-socială a grupului şi a mediului socio- cultural. Aceste date din literatura de specialitate, ca şi din practica medicală ilustrează faptul că temerile, anxietăţile ca şi reacţiile psihice din perioada puerperală se află în mare măsură sub dependenţa atitudinilor, credinţelor şi a miturilor sau a tabuurilor mediului social faţă de sarcină. Constelaţia psihopatogenică a acestor factori, intercondiţionarea lor poate determina o forţă vectorial negativă, capabilă să rupă echilibrul psihic fragilizat de evenimentul gravido-maternităţii, evidenţiind pe plan clinic reacţia psihopatologică.

3.4. Fenomenologia patologică intrapartum şi post partum

Concepţia asupra specificităţii tulburărilor psihice ale perioadei de graviditate şi maternitate este interferată nu numai de varietatea simptomelor, dar şi de diversitatea sistemelor de clasificare a diferiţilor autori. Toţi aceşti factori sporesc ponderea aleatorie a noţiunii de specificitate, a psihozei legate de sarcină, fapt pentru care considerăm (Ionescu G., 1980) că noţiunea de reacţie psihică (de intensitate variabilă) este acreditată cu un conţinut mai realist. În consecinţă, ideea unor autori conform căreia conceptul de sindrom sau de reacţie de post-partum deţine un loc important în gândirea psihiatriei actuale (William, 1967) trebuie să constituie un element de reflexie şi de eventuală reorientare a cercetărilor preocupaţi de patogenia acestor tulburări.

În prezentarea tulburărilor psihice ocazionate de perioada puerperală, toţi autorii iau ca punct de reper momentul naşterii, descriind simptomatologia psihică a perioadei de gestaţie şi a postpartum-ului. Dacă perioada de graviditate este apreciată în ansamblu, post-partum-ul a fost însă împărţit în două perioade datorită incidenţei mai mari a apariţiei psihozei la anumite intervale de la naştere. Astfel autori ca Brew şi Seidenberg, (1950), Osterman (1965), Ammar (1962), Mares şi Barre (1962), Rancurel. şi colab. (1968) disting:

– post-partum precoce, care cuprinde primele 6 săptămâni de la naştere,

– post-partum tardiv sau perioada de lactaţie, de la săptămâna a 6-a până la un an.

Alţi autori printre care Sivadon (1933), Boyd (1948), Lin şi Polatin (1950), Parhon-Ştefănescu (1963) ţin seama de importanţa psihopatogenică a primelor două săptămâni de la naştere şi propun ca numai această perioadă să fie denumită post-partum, iar intervalul dintre săptămâna a doua şi sfârşitul lunii a patra să constituie perioada de lactaţie.

Având în vedere aceste opinii, considerăm că cea mai utilă sistematizare a manifestărilor psihopatologice din perioada puerperală este următoarea:

1. Manifestări psihopatologice ale gravidităţii
2. Manifestări psihopatologice ale post-partum-ului precoce
3. Manifestări psihopatologice ale post-partumului tardiv sau ale perioadei de lactaţie
4. Manifestări psihotalogice postabortum
5. Alte manifestări psihiatrice ale maternităţii

3.4.1. Manifestări psihopatologice ale gravidităţii

După cum arătam pe toată perioada sarcinii pot să apară, în unele cazuri, tulburări de aspect nevrotic şi tulburări de aspect psihotic.

a) Tulburările de aspect nevrotic sau tulburările nevrotiforme apar mai ales în primele luni, îmbrăcă o alură nosografică, prezentându-se sub formă de:

– *sindrom obsesional* (idei obsedante, verificări, scrupulozitate, meticulozitate, dubitaţii, ritualuri obsesive);

– *manifestări fobice,* în cadrul cărora fobia de impulsiuni – compulsiunea-se întâlneşte cel mai frecvent, fiind expresia conştientizării schimburilor şi tulburărilor pe care le trăieşte gravida. Au fost de asemenea citate fobii legate mai ales de momentul naşterii, de aspectul somatic al copilului, dar şi antropofobia, agorafobia sau claustrofobia);

– *sindromul isteric sau isteriform* are la bază ideea de frustrație pe care o reprezintă sarcina și maternitatea. Se manifestă prin cererea insistentă uneori sub forma revendicativă a unui surplus de afectivitate, tandrețe, ca o dorință a femeii însărcinate de a fi în centrul atenției).

În perioada de post partum probabilitatea recurenței în bolile psihice severe este semnificativă. După unii autori rata recurenței este de peste 50%. Ignorarea acestei posibilități ar reprezenta o dovadă de neglijență din partea gravidei. De aceea, *evaluarea prenatală* precisă și corectă este esențială pentru planificarea managementului momentului în care mama este luată în evidența serviciilor clinice de obstetrică și de îngrijire primară. Pentru unele dintre viitoarele mame motivația pentru schimbare este un factor decisiv pentru renunțarea la modelele anterioare de comportament. Alți autori arată că în perioada de gestație (sarcină) atât la primipare (tinere aflate la prima sarcină), cât și la multipare (tinere aflate la al doilea sau la al treilea copil) se manifestă atât disconfort fizic, ce favorizează tendințe impulsive de tip obsesiv, stări depresive și alte tendințe de normalitate marginală, cât și anxietate de fond, episodic intensificată mai ales la gestantele multipare care au avut avorturi repetate spontane, fără cauze organice determinate.

b) Tulburările de aspect psihotic pot apărea mai ales în a doua perioadă a sarcinii.

Aceleași principii generale aplicate în perioada sarcinii se aplică și după nașterea copilului. Deși sunt specificate rate înalte de recădere ale unor boli psihice preexistente, nașterea însăși este considerată ca posibil factor în declanșarea primului episod al unei tulburări afective. Pot fi întâlnite, de asemenea, unele stări depresive de intensitate psihotică, cu tendințe auto-destructive sau focalizări afectiv-negative asupra fetusului, ca și fenomene de negare isterică a sarcinei și uneori a căsătoriei, ele au în general o evoluție favorabilă și se remit relativ rapid după naștere.

3.4.1.1. Depresia gravidei

Urmărind recomandările DSM-IV, episodul depresiv major se definește prin prezența simultană, pe durata a minimum două săptămâni, a cel puțin 5 simptome printre care trebuie neapărat să figureze: starea de tristețe și –sau diminuare marcată a interesului, a plăcerii pentru activitățile practicate (ahedonie), și aceasta de-a lungul întregii zile. Celelalte simptome pot fi: pierdere sau câștigare în greutate (creștere sau diminuare a apetitului), insomnie sau hipersomnie, agitație sau lentoare psihomotorie, oboseală sau pierderea energiei, sentiment de devalorizare sau culpabilitate excesivă, diminuarea capacității de a gândi sau de a se concentra) sau în sfârșit, gânduri recurente la moarte (ideație sinucigașă).

Aceste manifestări trebuie să fie prezente aproape în fiecare zi sau să inducă o suferință clinică semnificativă sau o alterare a funcționării, sociale sau profesionaleși bineînțeles să nu fie consecința altei afecțiuni (maladie somatică, folosirea drogurilor, doliu, etc.)

Depresia gravidei se definește prin urmare ca fiind o tulburare depresivă majoră, cu debut în perioada dintre concepție și naștere-femeile deprimate care vor rămâne însărcinate, nefiind incluse aici. În mai mult de 60% din cazuri, *depresia antenatală* survine în cursul primului trimestru de sarcină. Ea afectează aproximativ o femeie însărcinată din șapte.

Teoriile psihodinamice au postulat ideea că dificultăţile psihologice care survin în timpul sarcinii sunt inerente unei ambivalenţe în ceea ce priveşte maternitatea. Aceasta fiind o experienţă crucială a maturizării afectelor, aceste femei deprimate au fost adesea calificate ca fiind imature sau perturbate emoţional. În mod tradiţional, psihanaliza nu relevă nici o alternativă viabilă maternităţii, în rolul său de criză naturală care separă un stadiu fiică de un stadiu femeie-mamă.

Greţurile şi voma, atunci când sunt intense, reprezintă factori care pot predispune la această afecţiune, şi în fapt survin la 50 până la 70% dintre femeile însărcinate, dar sunt uneori însoţite de un sentiment de decepţie, rezultat al absenţei unei stări de bine sau a excitaţiei aşteptate. Multe femei îşi imaginează că pot evita aceste simptome prin dorinţa lor profundă de sarcină, apariţia lor poate să pară deci un eşec jignitor.

În caz de ambivalenţă, în ceea ce priveşte dorinţa unui copil, greţurile precoce pot fi sursă de anxietate şi depresie, pentru că realitatea copilului devine atunci tangibilă. Pe de altă parte, femeile care dau o mare importanţă aspectului lor, vor suporta cu greutate creşterea abdomenului sau a sânilor. Poate surveni în acest moment un sentiment de devalorizare şi de depresie.

3.4.1.2. Starea de stres post-traumatic post travaliu

Starea de stres care urmează travaliului debutează de la 24 până la 48 de ore după parturiţie. Ea oferă un tablou clinic dominat de anxietate: imagini angoasante invadând gândurile, coşmaruri violente producând insomnie, reverii nedorite în timpul cărora pacienta retrăieşte scena traumatizantă. Această afecţiune este de fapt declanşată de un eveniment destabilizator, o experienţă a cărei natură traumatizantă o depăşeşte pe aceea întânită de obicei în viaţa normală.

Stresul post-traumatic este un sindrom complex care a fost descris pentru prima dată cu precizie la veteranii americani ai războiului din Vietnam, dar este de fapt întâlnit mult mai frecvent în viaţa de toate zilele. Poate, spre exemplu să survină după o catastrofă naturală, un hold-up, un accident de circulaţie deosebit de grav: în orice circumstanţă în care viaţa sau integritatea fizică a pacientului au fost puse în pericol, în timp ce el era incapabil să intervină.

O naştere lungă şi dureroasă poate deci să devină o cauză de stres post-traumatic. Există adesea un eveniment anormal, (cel mai adesea o greşeală de anestezie), însoţit de o neglijenţă, cum ar fi să nu ţină seama de plângerile celei care naşte. Travaliul dificil şi dureros, dar de asemenea şi utilizarea forcepsului, moartea sau handicapul fătului sunt cauze curente. Naşterea este în aceste cazuri trăită de tânăra mamă ca o tortură, ca o experienţă terifiantă. Acesta va fi o sursă de anxietate, şi va fi trăită prin urmare de numeroase ori, aşa cum a fost descrisă mai sus. Mai mult, tot ce aminteşte de naştere devine pentru pacientă, sursa unui sentiment acut de mizerie morală şi acesta ar putea fi însoţit de manifestări fiziologice (palpitaţii, sufocări, crampe abdominale, transpiraţie rece, etc.).

Această simptomatologie anxioasă este însoţită în cea mai mare parte a timpului de un comportament de evitare: tot ceea ce ar putea reaminti traumatismul este respins de pacientă. Pot surveni, de asemenea tulburări de memorie precum şi retragere în sine (incapacitatea de a avea sentimente pozitive sau de tandreţe, impresia că viitorul este ratat

definitiv şi lipsit de interes). Nu sunt rare nici reacţiile de hipervigilenţă şi de tresăriri exagerate. Aceste simptome persistă cel puţin o lună, şi frecvent chiar un an- ele pot chiar să reapară în timpul ultimului trimestru al unei sarcini ulterioare.

Starea de stres post traumatic este deja o afecţiune care survine mai frecvent la femeie decât la bărbat. Ea este foarte frecvent asociată altor boli psihice. Incidenţa sa generală este de 10% pe întreaga durată a vieţii, iar forma puerperală afectează aproximativ 1% dintre proaspetele mame. Dacă o pacientă suferă de o depresie asociată gravidităţii, ea este expusă într-o mai mare măsură stării de stres post-traumatic. Dar, chiar dacă nu este cazul, această patologie măreşte semnificativ vulnerabilitatea la depresie şi la abuzul de alcool.

Consecinţele pe termen scurt şi lung nu sunt deloc neglijabile, ceea ce pledează în favoarea unui tratament precoce şi energic. Adesea este necesară spitalizarea: intensitatea simptomatologiei care perturbă profund calitatea vieţii, face ca o întoarcere la domiciliu să fie iluzorie. Utilizarea drogurilor psihotrope este şi ea ineluctabilă. O asemenea anxietate nu va fi reprimată decât prin doze puternice de anxiolitice. Frecvent, acestora din urmă a căror administrare este recomandabil să fie întreruptă după câteva săptămâni, le va succeda un tratament antidepresiv (Ivan O. Godfroid).

Psihoterapia de susţinere şi ascultarea pacientei sunt bineînţeles adecvate. Abordările comportamentale sau cognitive sunt de asemenea foarte utile în îngrijirea cazurilor post-traumatice. În sfârşit, asupra simptomelor anxietăţii, şi-a dovedit eficienţa şi un program de exerciţiu fizic progresiv. Cu o îngrijire adecvată, prognosticul este în general favorabil.

3.4.2. Manifestări psihopatologice ale post-partum-ului precoce

Manifestările psihopatologice ale post-partum-ului precoce cuprind fenomenologia psihică manifestată în primele 6 săptămâni de la naştere.

În perioada iniţială a post-partum-ului precoce se descrie postpartum-ul albastru (sindromul celei de a treia zi), asupra căruia au insistat în special autorii anglo-saxoni, printre care Moloney (1952), Sclare (1955), Pleschette (1956), Yalom şi colab. (1968).

Întrucât manifestările psihice, de intensitate nevrotică sau psihotică se dezvoltă odată cu secreţia lactată şi au un caracter tranzitoriu, ele au fost descrise sub denumirea de *the milk fever* – febra laptelui, *the transitory sindrome* – sindromul de tranziţie, *the third-day blue*-post-partum-ul albastru. Manifestat prin astenie, cefalee, labilitate afectivă, anxietate, agresivitate, fobii, ca şi printr-o vagă confuzie şi onirism nocturn, acest sindrom a primit analogii cu puseele psihotice din psihopatologia clinică. De asemenea, el a fost interpretat ca un semn premonitor al unei eventuale psihoze de lactaţie.

Manifestările psihopatologice ale post-partum-ului precoce pot îmbrăca aspectul unor:

a) stări confuzionale,
b) stări delirante acute,
c) stări maniacale,
d) stări schizofreniforme.

a) Stările confuzionale

Deşi cu un debut relativ brusc, starea confuzională poate începe între a treia şi a 14-a zi de la naştere printr-o fenomenologie clinică nevrotiformă, ilustrată prin astenie, insomnie, labilitate afectivă şi acuze somatice variabile. Foarte repede însă, simptomatologia nevrotiformă este invadată şi depăşită în intensitate de manifestările confuzionale.

Se constată astfel o ridicare a pragului preceptiv senzorial, dificultăţi de identificare, iluzii, false recunoaşteri, etc. Scăderea acuităţii perceptive este urmată la un scurt interval de dezorientare temporo-spaţială. Aceste manifestări împiedică la rândul lor reflectarea adecvată a realităţii, ocazionând percepţii vagi, caleidoscopice şi distorsionate, care stau probabil la baza manifestărilor halucinatorii, în special auditive şi vizuale.

Aceste percepţii senzoriale psihotice au un caracter oniric şi terifiant, ceea ce conferă subiectului o stare de anxietate explicabilă. Datorită aspectului dinamic, dar şi disparat al tablourilor onirice, precum şi în funcţie de conţinutul acestora, bolnavul trăieşte succesiv stări de perplexitate şi stări terifiant-anxioase. Probabil, datorită acestei situaţii, confuzia şi onirismul par independente una de alta. (Ey şi colab. 1967)

În acelaşi timp, mecanismul amintit conferă tabloului clinic nu numai un aspect polimorf, ci şi o extremă variabilitate în timp, ameliorându-se sau exacerbându-se nu numai de la o zi la alta, ci şi în timpul aceluşi zile.

Caracteristicile stărilor de confuzie pot fi deci sintetizate prin:
– polimorfismul tabloului clinic (confuzia alternând şi interferând cu onirismul),
– trăirea terifiant-anxioasă,
– variabilitatea intensităţii manifestării lor.

Cele mai multe stări confuzionale se bucură astăzi de o bună remisiune, putând dispare în câteva zile, alteori au o evoluţie prelungită, risipindu-se numai în câteva luni. Rareori pot trece în mod lent într-o stare afectivă psihotică sau pot lăsa unele sechele nevrotiforme.

b) Stările delirante acute

Ele pot apărea în legătură cu manifestările confuzionale sau într-o relativă independenţă faţă de acestea, debutând printr-o impresie de stranietate, ca şi prin fenomene de depersonalizare şi derealizare. Pe acest fundal psihic, delirul nu poate fi organizat structurat, fiind vorba, mai degrabă de idei delirante, de intensitate variabilă trăite în mod dramatic şi terifiant, datorită conţinutului lor de persecuţie, prejudiciu sau negaţie. Astfel, bolnava consideră că răuvoitorii i-au luat copilul, i l-au schimbat, vor să-l omoare, etc. Sau dimpotrivă, ea neagă în mod delirant apartenenţa copilului, existenţa lui, ca şi a maternităţii sau chiar a mariajului.

Mai persistente decât starea confuzională, ideile delirante pot antrena bolnava într-o stare afectivă de intensitate psihotică, cu un conţinut depresiv şi mai rar maniacal.

c) *Stările afective şi stările maniacale*

Acestea pot apărea consecutiv unei stări confuzionale sau delirante. Din această cauză, debutul lor este situat spre sfârşitul post-partum-ului precoce, evoluând şi în perioada de lactaţie.

Cele mai frecvenete stări afective au un conţinut negativ, depresia de intensitate psihotică instalându-se treptat prin inhibiţie şi inerţie psiho-motorie, insomnii, anxietate.

Pe acest fundal timic negativ, apar idei delirante, al căror conţinut este focalizat asupra evenimentului maternităţii ca şi asupra copilului. Sub aspectul conţinutului, ideile delirante se exprimă prin culpabilitate, autoacuzare, teama de a nu-şi pierde copilul etc.

Stările maniacale se întâlnesc mult mai rar decât cele depresive, fiind în acelaşi timp într-o strânsă interdependenţă cu elementele confuzionale. Probabil, din acelaşi motiv, ele apar mai precoce decât stările depresive, fiind o prelungire a confuziei, fapt pentru care denumirea de stări confuzo-maniacale nu este desprinsă de realitate.

Sub aspect clinic, ele sunt caracterizate prin somn redus şi superficial, incisivitate ideativă, agresivitate, inoportunitate, impudoare, fugă de idei şi bineînţeles, euforie.

d) Stările schizofreniforme

Spre deosebire de stările afective care apar consecutiv şi poate ca o consecinţă a episoadelor confuzionale, stările schizofreniforme apar mai ales prin organizarea psihopatologică a ideilor delirante anterioare. În plus, are loc o repliere autistă a conduitei, care prezintă aspecte bizare, manifestate în primul rând prin rigiditate şi răceală afectiv, impulsivitate sau agresivitate nemotivată.

Pe fondul psihic al autismului şi discordanţei pot apărea idei delirante slab sistematizate, în al căror conţinut predomină persecuţia, gelozia, autopuniţiunea, ipohondria, etc. Apărute spre sfârşitul postpartum-ului precoce (la aproximativ 4–6 săptămâni de la naştere) stările schizofreniforme au o evoluţie îndelungată de aproximativ 6–8 luni, putând evolua spre atenuare progresivă şi remisiune. Există încă discuţii în psihopatologie, dacă stările schizofreniforme ale post-partum-ului pot fi considerate ca schizofrenii puerperale, pseudoschizofrenii sau schizofrenii autentice, a căror potenţialitate a fost relevată şi actualizată de impactul gravido-puerperal. Studii catamnestice detaliate ar putea aduce argumente în favoarea uneia sau alteia din opiniile amintite.

3.4.2.1. Depresia uşoară de maternitate – Maternity Blues sau Baby Blues

Este Baby-Blues într-adevăr o maladie? Ne putem pune în mod serios întrebarea având în vedere frecvenţa sa. Aceasta este de obicei estimată la 80% dintre naşteri, dar anumiţi autori o apropie chiar de 100%. Baby-Blues survine în mod obişnuit între prima şi a zecea zi post-partum, cu un apogeu în cea de a treia şi a patra zi, ceea ce a motivat numirea sa ca sindrom al celei de a treia zile în vechile monografii. A fost descris peste tot în lume. Nu este necesar nici un tratament, pentru că manifestările dispar de la sine în câteva zile.

Ginecologii şi psihiatrii nu au acordat niciodată atenţie Baby-Blues-ului până la sfârşitul anilor 1960, când s-a încercat o mai bună înţelegere a acestuia. Prin urmare, au fost create chestionare diagnostice, cum ar fi recentul ***Chestionar Blues*** de Kennerly. Cât priveşte etiologia, ea rămâne un subiect de speculaţie. Această afecţiune este specifică parturiţiei: ea nu survine datorită altor factori de stres (spre exemplu Blues-ul după histerectomie este cu totul diferit). De fapt, ceea ce contează este intensitatea stării de Baby-Blues. Starea de Blues va fi cu atât mai intensă cu cât exista înaintea parturiţiei o stare psihică, depresivă, pronunţată sau antecedente de sindrom premenstrual. Iată, deci, că, din nou, cum se întâmplă adesea, afecţiunile psihiatrice specifice sexului femeiesc sunt legate între ele. Cele două puncte de interes clinic sunt identificarea caracteristicilor

ce sugerează evoluția spre depresia postnatală și delimitarea modificărilor de dispoziție benigne ale maternității de simptomele premergătoare ale psihozei afective. Ea are o valoare predictivă asupra apariției depresiei post-partum. Cu cât starea de Blues este mai profundă, cu atât riscul apariției unei tulburări depresive majore devine mai accentuat. Această particularitate a fost exploatată în elaborarea unei *strategii preventive pentru depresia post-partum* și ea se bazează pe trei puncte:

– o anamneză prenatală cu scopul identificării factorilor de risc în evoluția pacientei,

– încurajarea tehnicilor de relaxare a pacientei pentru o mai bună controlare a stresului,

– completarea chestionarului EDPS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) pentru identificarea unei eventuale depresii postnatale.

3.4.3. Manifestări psiho-patologice ale post-partum-ului tardiv sau manifestări psihopatologice de lactație

Apar în perioada cuprinsă între săptămâna a 6-a și sfârșitul lunii a 4-a deși, unii autori afirmă că ele pot fi întâlnite și mai târziu (până la un an) la femei care continuă să alăpteze copilul.

a) Tulburările nevrotiforme

Sunt cele mai frecvent manifestate în această perioadă și se traduc în special prin depresii de intensitate nevrotică. De asemenea, se întâlnesc stări obsesivo-fobice sau isteriforme, care evoluează pe un fundal psihic neurasteniform. În patogenia lor este incriminată scăderea rezistenței fizice și psihice, în urma eforturilor impuse de sarcină, puerperiu și alăptarea prelungită. Putem afirma, în același timp, că aceste manifestări nevrotiforme pot fi apreciate și ca o expresie a dificultăților sau imposibilității de adaptare la exigențele psihofizice impuse de noul rol al femeii. Aceasta cu atât mai mult, când este vorba despre acele persoane care sub aspectul structurii psihologice sunt nepotrivite pentru maternitate. Cum însă aceste tulburări se întâlnesc și la femeile care au dorit maternitatea, înțelegem că dorința de a fi mamă, nu este întotdeauna proporțională cu abilitatea de a fi mamă. (Klein, 1967).

b) Stările psihotiforme

Acestea îmbracă de obicei aspectul schizofreniform și mai ales al unor depresii de intensitate psihotică, al căror conținut nu este esențial deosebit de cel al tulburărilor corespunzătoare perioadei puerperale.

3.4.3.1. Depresia postnatală sau depresia post-partum

Depresia post-natală sau depresia post-partum (DPP) este tulburarea puerperală cea mai studiată în psihiatrie. Este de asemenea și cea pentru care argumentele în favoarea unei naturi specifice, complet distinctă de episodul clasic sunt cele mai solide. Contrar entităților care tocmai au fost descrise, există adesea un interval de timp între

naştere şi declanşarea depresiei post-partum. Mai mult, ea nu se instalează brutal, ci mai curând într-o manieră lentă. Depresia post-partum constituie foarte rar obiectul unei instruiri în cadrul pregătirii universitare a medicilor. Această situaţie face, ca în ciuda prevalenţei sale ridicate, depresia post-partum să nu fie diagnosticată şi tratată în mod pertinent decât în aproximativ 10% din cazuri. Este vorba aici de una dintre carenţele importante ale medicinii noastre moderne.

Situaţia se explică, de asemenea prin faptul că, odată întoarsă acasă, tânăra mamă păstrează foarte puţin contactul cu spitalul: ginecologul este foarte rar confruntat cu simptomatologia, iar psihiatrul de legătură cu atât mai puţin. Acest fapt a determinat anumite ţări cum ar fi Regatul Unit să formeze infirmiere la domiciliu care fac vizite sistematic proaspetelor mame, aşa încât ele pot descoperi cazurile cu risc. Din aceeaşi perspectivă a fost dezvoltată strategia preventivă descrisă mai sus.

Depresia post-partum survine cel mai adesea între a doua şi a opta săptămână post-natală. Majoritatea specialiştilor sunt, în acest caz, în dezacord cu DSM-IV, care stipulează că episodul ar trebui să debuteze în mod unic, în cursul primei luni. Mai multe studii epidemiologice, au demonstrat de fapt apariţia mult mai tardivă a simptomelor într-un număr important de cazuri. Poziţia extremă este adoptată de Societatea Marce care estimează că această perioadă ar trebui să acopere în întregime primul an post-partum (această societate internaţională poartă numele unui psihiatru francez din secolul al XIX-lea, care a fost unul din pionierii psihiatriei maternităţii şi are ca obiectiv dezvoltarea acestei ramuri a medicinii). S-a admis în mod curent că depresia post-partum a fost descrisă cu exactitate pentru prima dată de Brice Pitt în 1968. Acesta a fost de fapt autorul unuia dintre articolele care au subliniat de timpuriu diferenţele între depresia post-partum şi depresia clasică. Se consideră că *originea DPP este multifactorială şi corespunde unui model bio-psiho-social*. Numeroşi factori au fost asociaţi statistic acestei afecţiuni, ei putând fi împărţiţi în 3 categorii:

- biologici,
- interpersonali
- intrapsihici

Contextul biologic nu pare suficient pentru a declanşa episodul depresiv. El poate avea în plus un rol facilitant pe care se grefează *factorii interpersonali*. Dacă Pitt nota că depresia post-partum survine uneori în primii trei ani de căsnicie, vârsta mamei nu pare totuşi să joace un rol clar. De asemenea, pare să nu existe diferenţe rasiale, ci mai degrabă unele socio-economice: pacientele provenite din medii defavorizate au o mai mare predispoziţie. Independent de aceasta, susţinerea familială joacă un rol central: atât aceea a soţului, cât şi aceea a părinţilor şi a prietenilor. Prevalenţa precisă a DPP a făcut obiectul a numeroase publicaţii. În general, apariţia sa este estimată între 10 şi 25% dintre naşteri. O meta-analiză recentă (metodă statistică care regrupează un număr mare de studii cu scopul de a obţine un eşantion extrem de semnificativ) avansează cifra de 13%. Aceasta pare să se verifice pe cele 5 continente.

Pe lângă manifestarea caracteristică a unui episod depresiv, autodeprecierea şi sentimentul incapacităţii de a răspunde necesităţilor copilului sunt cel mai adesea întâlnite, ca de altfel şi anxietatea. Mama deprimată este incapabilă să se ocupe de alăptarea copilului: ea o neglijează şi se simte iritată de strigătele acestuia. De altfel, ea le interpretează frecvent într-o manieră neadecvată. Se evidenţiază regulat diferenţele între

simptomatologia depresiei post-partum şi acelea ale unui episod non-puerperal, cum ar fi o labilitate emoţională în prim plan, sau o agravare vesperală a simptomelor (aceasta fiind de obicei matinală). Anxietatea faţă de copil reprezintă un semn important, în ceea ce priveşte tulburările de somn, acestea sunt reprezentate prin dificultăţi în adormire şi coşmaruri (în opoziţie cu clasica trezire precoce matinală). Diagnosticarea este deosebit de importantă. Ea comportă, pe de altă parte, excluderea altor simptome puerperale: stare de stres post-traumatic, Baby-Blues, psihoză puerperală.

Consecinţele depresiei post-partum, atunci când ea nu este îngrijită corect, sunt multiple: ele afectează atât mama cât şi copilul, într-o manieră precoce şi tardivă. Riscul major provine de fapt, din inadecvarea interacţiunilor precoce între mamă şi copil, a căror importanţă pentru dezvoltarea cognitivă şi afectivă este fundamentală. Aceasta va fi frecvent perturbată, fiind în acelaşi timp posibile reprercusiuni pe termen lung asupra sănătăţii mentale a copilului (întârzieri în asimilarea limbajului, tulburări de comportament, retardare mentală, psihopatologie a viitorului adult). Iritabilă, mama îşi înţelege greşit sugarul, care la rândul său devine şi el iritabil: se creează un cerc vicios, care poate să ajungă la neglijenţă sau la maltratare. Nou-născutul unei mame deprimate este din start mai turbulent, prezintă de asemenea mai multe vome şi chiar moarte subită. Aceştia sunt copii, care, uneori chiar ani mai târziu, vor deveni copii bătuţi. Riscul cel mai grav este bineînţeles suicidul matern, sau pruncuciderea care survine în 0,2% din cazuri. Depresia post-partum are în aceeaşi măsură repercusiuni asupra vieţii de cuplu: depresia soţului, şi în aproape un caz din zece, divorţ. Depresia post-natală impune o îngrijire cât de timpuriu posibil. În măsura în care ea este necesară, spitalizarea se va face de preferinţă împreună mamă-copil: este important ca mama să înveţe din nou să se ocupe de copil, paralel cu ameliorarea stării sale. În funcţie de context, şi-au dovedit eficacitatea terapiile de cuplu sau de grup, terapia de susţinere este întotdeauna benefică.

3.4.3.2. *Psihoza puerperală – Psihoza post-partum*

Psihoza puerperală este cea mai rară dar şi cea mai dramatică dintre afecţiunile post-partum. Incidenţa este estimată la 0,2% dintre naşteri. Termenul psihoză implică o perturbare profundă a funcţionării mentale, mai ales în ceea ce priveşte raportul acesteia cu realitatea: işi fac apariţia haucinaţii (percepţii fără obiect) şi idei delirante.

Psihoza puerperală nu ar putea fi redusă la apariţia unui episod de natură schizofrenică în perioada post-natală: ca şi în cazul Baby-Blues-ului şi depresiei post-partum, psihiatrii agreează tot mai mult ideea că este vorba despre o tulburare specifică. Aceste consideraţii se bazează pe particularitatea simptomatologiei. De fapt, psihoza puerperală se prezintă sub forma apariţiei brutale, în primele săptămâni care urmează naşterii (de obicei între prima şi a treia), a unui tablou clinic dominat de confuzie (dezorientare, perplexitate) şi de o polisimptomatologie distinctă. Se regăsesc elemente polimorfe care evocă prezenţa schizofreniei, tulburări de stare psihică şi particularităţi cum ar fi slaba recunoaştere a persoanelor (tipică este confuzia între soţ şi tată, familie şi personalul spitalului), delirul de grandoare sau de negaţie, şi mai ales o mare variabilitate a simptomelor în timp, ceea ce îi conferă un caracter caleidoscopic. Rezultă de aici o manifestare atipică, care se încadrează greu în matricea uneori îngustă a criteriilor de

diagnosticare a tulburărilor psihotice clasice. Halucinaţiile survin la aproximativ jumătate dintre cazuri, iar ideile delirante sunt adesea legate de maternitate, travaliu sau copil. Conform anumitor teorii, naşterea ar confrunta pacienta imatură cu conflicte nerezolvate sau refulate, ducând până la propria sa copilărie. Au fost formulate, de asemenea şi teorii biologice, ele asociază dezechilibrul neurotransmiţătorilor cerebrali şi contextul hormonal. Anumite femei sunt predispuse:mai ales acelea care prezintă un trecut psihiatric încărcat, cum ar fi cele cu manifestări bipolare (maniaco-depresive şi schizofrenice). Simptomele sunt, de asemenea asociate morţii fătului sau lipsei susţinerii partenerului.

În evoluţia bolii, pot apărea remisiuni şi recăderi uneori foarte brutale. În aceste condiţii, întoarcerea la domiciliu este interzisă: este vorba despre o afecţiune care necesită spitalizarea mamei, de obicei pentru mai multe săptămâni şi utilizarea medicaţiei antipsihotice (neuroleptice). Pericolul de suicid este foarte important, şi întrucât ideaţia delirantă integrează adesea copilul, la fel de semnificative devin şi riscurile de maltratare sau pruncucidere. Mama este complet incapabilă să aibă grijă de nou-născut, de care va trebui separată pe perioada spitalizării. Acest lucru nu rămâne fără consecinţe pentru copil, mai ales la nivelul dezvoltării afective şi psihologice şi chiar al sănătăţii mentale a viitorului adult. O femeie care a prezentat un episod de psihoză puerperală poate spera la o vindecare definitivă, dar riscul recidivei în cazul unei sarcini ulterioare ajunge la unu din trei cazuri.

Psihoza puerperală se defineşte ca un ansamblu de tulburări psihice care apar în perioada gravidităţii şi naşterii sau în perioada imediat următoare.

În raport cu momentul apariţiei se diferenţiază:

– *psihoza purperală propriu-zisă* care apare în primele 10–15 zile după naştere;

– *psihoza post partum sau de lactaţie* ce apare la mai mare distanţă de la naştere, şi anume în perioada cuprinsă între mai multe săptămâni şi până la 3–4 luni după naştere.

Deşi nu se cunosc toţi *factorii ce determină psihoza puerperală* diverşi autori înscriu printre cei mai importanţi factori următoarele categorii:

– factori ereditari;
– factori infecţioşi;
– factori legaţi de modificările biofiziologice şi umorale consecutive naşterii;
– factori psihologici şi psihosociali.

Printre *trăsăturile caracteristice ale psihozei puerperale* sunt incluse următoarele:

– agitaţie sau inhibiţie psihomotorie;
– modificări ale conştiinţei de tip confuz-oniric;
– tulburări de percepţie polimorfe (iluziile şi halucinaţiile vizuale);
– modificări de dispoziţie (euforie sau distimie cu anxietate);
– incoerenţa ideoverbală, uneori baraje de disociaţie psihică.

Spre deosebire de psihoza purperală, *psihoza post partum* se caracterizează prin tablouri clinice mult mai bine conturate şi apropiate de entităţile psihiatrice tipice.

Tulburările psihice pot fi grupate în:

– *Tulburări nevrotice* (astenie, depresii nevrotice simple sau anxioase, indiferenţă şi dezinteres faţă de copil, insomnii, iritabilitate);

– *Tulburări psihotice* ce alcătuiesc tablouri asemănătoare mai frecvent cu cele legate de psihoza maniaco-depresivă.

În determinarea psihozei post partum un rol important îl au şi factorii ereditari. Psihoza postpartum are influenţe deosebit de grave asupra copilului şi evoluţiei acestuia. După unii autori (Sivadon) 50% din decesele perinatale în primele luni şi 20% din malformaţiile copiilor se datoresc psihozei puerperale. Studiile epidemiologice din ultimul timp subliniază următoarele (C. Gorgos):

– Preponderenţa tulburărilor psihice majore din postpartum faţă de cele din graviditate este de 98% faţă de 2%;

– Frecvenţa psihozelor puerperale raportată la numărul gestantelor este estimată de majoritatea autorilor sub 2%, în ultimele decenii cifra a fost în continuă scădere, ajungând să se situeze sub 1%;

– Raportat la numărul bolnavelor internate în spitalele de psihiatrie se constată o scădere permanentă de la 8–10% în secolul trecut la 4% în prezent;

– Vârsta de apariţie a psihozei puerperale nu este un element semnificativ, o oarecare corelaţie înregistrându-se cu vârsta de apariţie a primului copil, un risc mai crescut având primipara în vârstă;

– Rangul sarcinii este un element important după Paffenberger, arătând că psihozele gravidice sunt mai frecvente la multipare iar psihozele postpartum la primipare.

Datorită riscului mare pentru naşterile ulterioare se impune un intens şi amplu tratament profilactic şi curativ.

Tratamentul profilactic cuprinde un *ansamblu de metode de consiliere şi psihoterapie* în pregătirea pentru naştere şi adoptarea statusului de mamă.

Din punct de vedere psihiatric *psihoza puerperală* este descrisă ca o tulburare afectivă ce asociază deseori simptome halucinatorii şi paranoide. Ea debutează acut de cele mai multe ori la sfârşitul primei săptămâni sau în timpul celei de a doua săptămâni după naştere. În mod obişnuit apare după o *perioadă de luciditate* de câteva zile. Tulburarea afectivă prezintă adesea oscilaţii rapide ale dispoziţiei, uneori coexistând simptome depresive şi expansive. Pe lângă acestea, prezenţa stării confuzionale (caracterizată prin perplexitate şi dezorientare parţială) este considerată patognomică. Toate aceste simptome nu sunt prezente exclusiv în psihoza puerperală putând fi întâlnite şi în stadiul prodromal al unei recăderi psihotice acute. În momentul de faţă nu există un tratament bazat pe ipoteze etiologice şi ca urmare alegerea medicaţiei se va face în funcţie de predominanţa unuia sau a altuia dintre tablourile clinice. Pot fi necesare evaluări repetate dar trebuie evitată modificarea frecventă a medicaţiei de bază. Aceste evaluări vor lua în consideraţie şi riscul pentru copil dacă cei doi sunt internaţi împreună. Riscul poate creşte ca urmare a halucinaţiilor imperative sau a ideilor delirante (*exemple mai frecvente de idei delirante prezente în psihoza puerperală: copilul este păcătos, este posedat, este nemuritor, este un înger*).

O alt sursă majoră de risc o *reprezintă dezorganizarea comportamentului şi neglijenţa ce derivă din perturbarea acţiunilor mamei* (de exemplu este maniacală sau agitată).

Interacţiunile mamei cu copilul pot fi diminuate dacă mama este retardată mental sau pot fi inadecvate dacă mama suferă de schizofrenie, are o viaţă psihică şi socială deteriorată şi este lipsită de discernământ. În aceste circumstanţe examinarea psihiatrică trebuie să sintetizeze starea mentală şi comportamentul mamei inclusiv în prezenţa copilului – pe baza informaţiilor furnizate de cadrele medii şi de ceilalţi membri ai

echipei terapeutice. Deciziile privind îngrijirea separată a mamei şi a copilului se vor lua în conformitate cu actul de sănătate mentală. În mod similar, stabilirea momentului optim când mama poate relua îngrijirea copilului, cu restricţiile necesare, depinde de evaluarea psihiatrică a stării psihice a mamei, a discernământului şi a complianţei sale.

Studierea a 90 de gestante multipare prin examen clinico-psihologic, un chestionar cu 16 itemi, testul familiei, chestionarul de anxietate Cattell şi analiza viselor efectuate în 1975 la un spital din Bucureşti a pus în evidenţă în afară de stările de fond mai sus menţionate, *o stare tensională suplimentară conturată în jurul efortului conştient aproape obsesiv de împlinire până la capăt a sarcinii* (cu spitalizare aproape pe toată perioada de gestaţie) dar şi o rejecţie inconştientă, întreţinută de emoţionalitatea şi experienţa colectată prin celelalte situaţii de gestaţie traversate, imposibilitate de identificare cu rolul maternal şi culpabilizare din frica de a pierde afecţiunea celor din jur şi mai ales a soţului. De altfel, şi gestantele normale au momente de disconfort mai ales în primele luni şi uşoare stări depresive în ultimele luni. În ciuda dezvoltărilor psihiatriei perinatale şi ale progreselor înregistrate în lume în domeniul medicinii neonatale se poate vorbi de o ireductibilitate a morţii perinatale.

Dincolo de psihozele purperale, spectaculoase dar foarte rare (una la 2000 sau la 3000 de naşteri după studiile OMS) apariţia stărilor de blues (tristeţe) de post-partum care ating mai mult de jumătate din femeile care nasc, de nevroze traumatice postobstetricale care ating femeile care au avut o primă naştere traumatică şi cunoaşterea mai recentă a depresiilor materne postnatale şi a efectelor negative asupra dezvoltării psihoafective a copilului, incită interesul pentru această zonă de graniţă între obstetrică şi psihiatrie.

3.4.4. Manifestări psihopatologice post-abortum

Sunt consecutive unui avort spontan (eventualitate în care se întâlnesc rar şi de o mică intensitate) sau a unui avort provocat, situaţie în care manifestările psihice sunt mai frecvente.

Se presupune că în etiopatogenia acestor tulburări psihice nu este implicat avortul în sine, ci împrejurările psihosociale ale acestui eveniment: conflicte etice, familiale, angoasa faţă de o sarcină nedorită sau faţă de complicaţiile acesteia, teama pentru avortul propriu-zis. Studiind aceste tulburări psihice (Brisset, 1956; Bonnafe şi colab. 1961, Jansson 1965) nu au putut descrie manifestări specifice, ele fiind asemănătoare cu cele din post-partum, majoritatea simptomelor îmbrăcând însă un aspect nevrotiform. Cu toate acestea, culpabilizarea legată de compromiterea maternităţii poate atinge uneori o intensitate psihotică, manifestându-se prin idei delirante, are apar pe un fond de hipertimie negativă.

3.4.5. Alte afecţiuni psihiatrice ale maternităţii

Există o serie de afeţiuni psihiatrice care care influenţează perioada graviditäţii cum ar fi: fazele maniacale ale perioadei post-partum, tulburările sexuale care urmează naşterii, sau de asemenea diverse tulburări anxioase cum ar fi declanşarea unei tulburări obsesiv-compulsive cu ocazia unei sarcini).

Atacurile de furie sunt o problemă frecventă, dar subdiagnosticată, care complică evoluţia bolilor psihice. Este vorba despre apariţia neprevăzută a unui sentiment brusc de furie însoţit de manifestări somatice, care ar afecta peste 70% din pacientele suferind de depresie post-natală, fiind în asemenea cazuri deosebit de îngrijorător, pentru că această furie este adesea îndreptată către copil. Soţul, sau restul familiei sunt celelalte ţinte dintre cele mai frecvente. Mai multe studii au demonstrat că aceste atacuri de furie afectează marea majoritate a pacientelor care nu cooperează la tratament.

Consecinţele psihologice ale avortului sunt şi ele la fel de importante. Este vorba de o problemă curentă-se consideră că 10 până la 20% din sarcinile diagnosticate se încheie prin avort spontan. Acesta este un eveniment traumatizant pentru mamă şi în aceeaşi măsură o nouă punere sub semnul întrebării a capacităţilor de a procrea.

Multe dintre femei simt nevoia de a purta doliu pentru copilul pe care nu l-au putut păstra, iar riscul de a dezvolta o tulburare depresivă majoră în primele 6 luni este semnificativ: aproximativ un caz din zece. Femeile fără copil, sau cu antecedente de depresie sunt mai expuse, iar riscul este foarte ridicat mai ales în primele săptămâni. Această perioadă poate favoriza în aceeaşi măsură apariţia unui prim episod de atac de panică.

Pseudocyesis

Denumirea *sarcină nervoasă*, desuetă şi peiorativă, a fost înlocuită în zilele noastre prin neologismul grec ***pseudocyesis – sarcină falsă***. Aceasta este o afecţiune care a traversat multe epoci şi culturi (unele descrieri apar în cronicile Evului Mediu şi chiar la egipeni). Mai mult, este vorba despre unul dintre rarele modele animale din psihiatrie: pseudocyesis a fost studiat intens la anumite rozătoare şi la femela câine unde este frecvent. Abordarea acestei sarcini fără copil, reflectă până la urmă una dintre faţetele necunoscute ale psihologiei umane: relaţia creier-spirit (denumită psihagenie).

Pseudocyesis este o afecţiune caracterizată, pe de o parte de convingerea pacientei că este însărcinată (convingere nejustificată) şi, pe de altă parte, de un ansamblu de manifestări care însoţesc sarcina psihologică: oprirea menstruaţiei, creşterea în volum a abdomenului, creştere mamară şi galactoree, percepţia mişcărilor fătului, simptome digestive (greţuri, vome, creştere în greutate, apetit capricios), modificări ale colului şi creştere uterină. Nu este prin urmare, doar o impresie subiectivă sau o convingere nerealistă: există clar modificări somatice obiectivabile. Boala psihică nu este inerentă. Majoritatea cazurilor sunt diagnosticate la paciente deplin sănătoase psihic. Un alt diagnostic diferenţial este sarcina simulată, în cazul căreia pacienta este perfect conştientă că nu este însărcinată, dar pretinde acest lucru, în scopul de a obţine un avantaj. Această situaţie trebuie suspectată atunci când există un context medico-legal, o lipsă de cooperare în cursul evaluării în scopul diagnosticării sau, mai mult, o tulburare de personalitate de tip antisocial. Prevalenţa pseudocyesis-ului este în curs de diminuare în societăţile industrializate, dar nu la populaţiile din emisfera sudică, generalizarea unei îngrijiri medicale precoce, utilizarea devenită banală a testelor de sarcină, ca şi o mai bună cunoaştere a medicinii la nivel general de către populaţie contribuie fără îndoială şi ele la acest fenomen. Această prevalenţă este estimată în Franţa la 0,1% din sarcini. Ea era la începutul secolului de 10 până la 20 de ori mai mare. Unii autori au încercat să stabilească o paralelă între reducerea numărului de cazuri de pseudocyesis şi creşterea

incidenței anorexiei mentale, văzând aici o deplasare a simptomelor-centrate pe imaginea corpului-atașată unei revoluții culturale: trecerea progresivă de la societatea care valorizează fecunditatea maternă la una care divinizează silueta androgină. De fapt, în ambele cazuri adaptarea pacientei este defectuoasă. La fel cu cea a unei gestații, durata obișnuită a bolii este de 9 luni, dar au fost întâlnite și cazuri cronice, cu o evoluție pe o perioadă mult mai îndelungată. Ea poate recidiva, dar acest lucru nu este obligatoriu la toate cazurile. Pseudocyesis este întâlnit cel mai adesea la paciente aflate la vârsta procreării, dar este posibilă și apariția sa înainte de debutul menarhei sau după menopauză. Această iluzie nu este generată de de o cunoaștere defectuoasă a maternității, ea este întâlnită adesea la femei care nu au mai născut, dar multe dintre femei erau deja mame atunci când au apărut simptomele. Cercetătorii (I. O. Godfroid) au încercat construirea unui profil psihologic al pacientei predispuse la pseudocyesis: cel mai frecvent pacientele sunt dintre femei cu intelect de limită, cu probleme familiale sau cu o copilărie nefericită, provenite, așa cum am arătat, dintr-un mediu care valorizează fecunditatea. Cu toate acestea, se cunoaște de mult timp, că este posibil să apară și la femeile cu o inteligență normală. Stresul pare să joace un rol important în geneza acestei afecțiuni, dar etiologia sa precisă este greșit circumscrisă: dacă există pe de o parte anomalii endocrine manifeste, iar pe de altă parte o certitudine a sarcinii, este dificil să se distingă cauza de consecință. Disfuncționalitățile hormonale variază substanțial de la o pacientă la alta, iar această lipsă de repetabilitate face ca formularea unei ipoteze explicative să fie iluzorie. În ciuda acestor rezerve, putem încerca să explicăm mecanismul etiologic al acestei sarcini fără copil, printr-un cerc vicios unde ar interveni elemente ca voința, psihagenia și în oarecare măsură efectul placebo. În modificarea arhitecturii cerebrale intervin factori cum ar fi rolul experienței trecute, altfel spus condiționarea, sarcinile anterioare ale pacientei sau cele din anturajul său, contextul social și desigur speranța pacientei.

Tratamentul pseudocyesis-ului poate părea a priori foarte simplu. De fapt, ca o consecință surprinzătoare, dar absolut logică, dacă ne întoarcem în interiorul cercului vicios, revelația pacientei în ceea ce privește absența sarcinii sale conduce în majoritatea cazurilor la remisia completă a sindromului. Cu toate acestea, din punct de vedere psihologic, vestea brutală sau modul trivial de a o prezenta vor antrena negare, pierderea respectului de sine și sentimentul de rușine, sau chiar tendințe de suicid. În aceste situații, este deosebit de important aportul unui psiholog pentru a evita debutul unei depresii sau chiar recidivarea precoce.

3.5. Psihoigiena tulburărilor psihice ale maternității

Perioada de maternitate prezintă importante riscuri pentru starea de sănătate mintală a femeii, manifestate fie în faza de gestație, fie post-partum în faza de lactație. Acestea se reflectă în mod negativ și asupra copilului. Din aceste considerente se impune o acțiune de psihoprofilaxie atât în perioada de gestație cât și în post-partum. O importanță deosebită o reprezintă dezvoltarea unui climat familial favorabil, protector și securizant pentru viitoarea mamă, lipsit de conflicte, tensiuni emoționale, oboseală fizică sau intelectuală. Se va evita utilizarea alcoolului, cafelei, tutunului, drogurilor. Viitoarea

mamă va fi antrenată pentru a se informa în ceea ce priveşte momentul naşterii, al venirii copilului pe lume, viitorul ei statut şi rolul său, relaţiile şi atitudinea faţă de copil. Sunt recomandate mişcarea, gimnastica, un regim alimentar echilibrat, normalizarea ritmului somn-veghe, destinderea intelectuală şi emoţional-afectivă. În cazul unor manifestări psihopatologice precum cele menţionate anterior, măsurile care se impun din punct de vedere psihoigienic sunt următoarele: evituarea situaţiilor de încordare emoţională, combaterea oboselii, a suprasolicitării sau surmenajului intelectual, evitarea situaţiilor conflictuale, a eşecurilor, relaţiile interpersonale pozitive, antrenante cu evitarea situaţiilor care ar putea duce la izolare şi angoasă, activităţile antrenante. De asemenea, în cazul apariţiei acestor tipuri de manifestări psihopatologice se impune instituirea imediată a tratamentului de specialitate, psihoterapia, terapia de susţinere şi încurajarea, dispensarizarea şi controlul periodic medico-psihiatric profilactic, crearea unui climat familial favorabil emoţional-afectiv, protector şi securizant.

3.6. Graviditatea tinerelor aflate în situaţii de risc

Starea de sănătate maternă are un aspect particular în România. Până în 1966, mortalitatea maternă avea valori apropiate de cele ale celorlalte ţări europene, după această dată, datorită introducerii legislaţiei antiabortive şi insuficienţei mijloacelor contraceptive, riscul mortalităţii materne a crescut dramatic, ajungând ca în 1989 să fie de aproape 10 ori mai mare decât în orice altă ţară europeană, preponderent datorită mortalităţii legate de avort.Referitor la cauze, trebuie făcută aici distincţia între cauze ce ţin de sistemul sanitar şi cauze generale, *starea de sănătate a mamei şi a copilului fiind un indicator sensibil atât al politicilor de asistenţă de sănătate în domeniu, cât şi al dezvoltării socio-economice, al nivelului de trai şi al modului de viaţă. La nivel general* s-a înregistrat deteriorarea condiţiilor de viaţă, afectând direct starea biologică a mamei şi copilului, cu reducerea rezistenţei naturale; degradarea mediului cu creşterea poluării. *Factorii de risc* asociaţi stilului de viaţă erau responsabili de unele din efectele nedorite asupra sănătăţii materno-infantile; fumatul, alcoolul, obiceiurile alimentare nesanogene, factori psihosociali: educaţia redusă în materie de sănătate a populaţiei cu un impact negativ particular asupra sănătăţii materno-infantile; politica pronatalistă forţată a regimului, fără măsuri de sprijin adecvate. La nivelul sistemului sanitar situaţia s-a caracterizat prin scăderea calităţii serviciilor medicale şi inadecvarea serviciilor medicale la nevoile de sănătate crescute, principalele cauze pentru acest aspect fiind: subfinanţarea sistemului, România având cel mai mic procent din PIB din Europa pentru asistenţa sanitară (sub 3%), disfuncţionalităţi manageriale, cu inadecvarea resurselor alocate la nevoile de sănătate locale; lipsa motivaţiei pentru personalul medical datorită absenţei stimulentelor profesionale şi financiare. *După 1989,* multe din cauzele modificării stării de sănătate maternă sunt exterioare sistemului de îngrijiri sanitare. Cel mai pregnant exemplu fiind impactul legislaţiei referitoare la avort asupra sănătăţii materne, măsurile de liberalizare a avorturilor şi într-o mai mică măsură introducerea metodelor de contracepţie moderne din 1990 au dus la diminuarea cu 2/3 a mortalităţii materne, într-o perioadă scurtă de timp, reducându-se concomitent şi mortalitatea infantilă, nu atât de spectaculos însă. *Din punct de vedere medical,* îmbunătăţirea sănătăţii materno-infantile

ar presupune: dezvoltarea rapidă a reţelei de servicii de bază materno-infantile; accesibilitatea serviciilor preventive; vaccinarea universală şi gratuită cu reducerea patologiei infecţioase; serviciile de asistenţă prenatală a gravidei; supravegherea medicală a sugarului şi copilului; serviciile curative îmbunătăţite la nivel primar, secundar şi terţiar; dezvoltarea unei reţele naţionale de servicii de sănătate publică şi igienă.

Cu toate aceste îmbunătăţiri, mortalitatea materno-infantilă rămâne în continuare printre cele mai ridicate din Europa, ritmul de reducere a acesteia fiind de asemenea sub nivelul mediu european, România situându-se pe poziţii nefavorabile atât în ceea ce priveşte valorile absolute, cât şi repartizarea acestora pe grupe de vârstă şi etiologice, România angajându-se prin diferitele tratate internaţionale la eradicarea acestei stări de fapt. *În consilierea prenatală şi asistenţa medicală, un rol important ar trebui să îl ocupe serviciile genetice.* Starea de sănătate şi viabilitatea copilului sunt condiţionate de starea de sănătate a cuplului parental, existând afecţiuni despre care se poate afirma că vor influenţa starea de sănătate a copilului, încă înainte de dezvoltarea produsului de concepţie.

Deşi în creştere, patologia genetică a copilului nu reprezintă una din priorităţile politicii sanitare, atât din cauza prevalenţei, cât şi a costurilor implicate de dezvoltarea unor programe specifice.

Pentru afecţiunile cu determinanţi genetici importanţi, se pot avea în vedere intervenţii precum *screeningul genetic şi diagnosticul genetic prenatal.* Serviciile genetice, diagnostice şi de consiliere în România sunt oferite aleatoriu la nivelul unor clinici universitare care au şi capacităţi de cercetare; de asemenea nu există programe naţionale, iar specialiştii sunt divizaţi în legătură cu oportunitatea lor în actualul stadiu al patternului mortalitate/morbiditate din România şi al resurselor disponibile. Singurele sfaturi genetice anterioare gravidităţii în cadrul unui sistem formal sunt oferite de medicul generalist cu ocazia examenului medical prenupţial, dar eficacitatea/eficienţa acestuia este neevaluată încă.

3.6.1. Maternitatea adolescentină

Identitatea de sine la adolescente/ identitatea maternă

Factorii psihosociali, educaţionali şi culturali remodelează şi clarifică în perioada adolescenţei identitatea psihologică. Identitatea de sine include o serie de componente: fizică, psihosexuală, socială, vocaţională, moral spirituală, toate acestea exprimându-se prin caracteristici psihologice şi comportamentale care afirmă şi întăresc Sinele, personalitatea individului. Identitatea feminină se dezvoltă relativ mai repede decât cea masculină. Unele studii au arătat că fetele provenind din familii cu părinţi divorţaţi îşi găsesc mai repede identitatea feminină, deşi se expun de timpuriu maternităţilor neacceptate social sau prostituţiei. Alţi autori de orientare psihanalitică (Deutsch, 1957. M. Klein, 1970) consideră că dobândirea feminităţii este o problemă conflictuală bazată pe raporturile dintre narcisism, pasivitate şi masochism. Problema cuceririi identităţii ca integrare a identificărilor infantile cu noile identificări, împrumutate din modelele socio-culturale se impune în mod dramatic adolescenţilor, în special fetelor. Freud atrăgea atenţia asupra schimbărilor survenite la pubertate, destinate să ofere vieţii sexuale

infantile o formă finală, normală după parcurgerea *stadiilor oral, anal, falic și latent*. Adolescența marchează subordonarea componentelor pregenitale celor genitale și detașarea de părinți și de reprezentările proprii ale primelor obiecte ale iubirii pierdute, ceea ce permite orientarea către și găsirea de noi obiecte ale iubirii-relații de natură heterosexuală.

În societatea contemporană, fetele mai mult decât băieții resimt *criza de identitate prin conflictul de rol* legat de *mistica feminității* și învățarea unor roluri specifice băieților. (Mitrofan, I., 1998). Imaginile familiale care reflectă rolul tradițional al femeii complet absorbită de muncile casnice și supusă soțului, intră în conflict cu imaginile mediatizate în care femeia apare tot mai mult angajată în relații sociale și politice egală cu bărbatul sau în care femeia devine sex-simbol.

Datorită numeroaselor modele culturale și a lipsei de modele stereotipe, fetele reușesc totuși, să-și formeze o imagine de sine care să vină în întâmpinarea anumitor expectanțe culturale. Cercetătorii remarcă faptul că femeile manifestă un grad mai mare de anxietate în dobândirea identității de sine. Dezvoltarea unei imagini pozitive despre sine are o mare importanță penru sănătatea mentală a ambelor sexe fiind o bază reală pentru confortul psihologic în exercitarea sex-rolului.

Maternitatea – ca stare complexă bio-psiho-socială poate fi gândită și ca o punere într-o situație aparte prin care valoarea umană să fie din ce în ce mai clar conștientizată. Maternitatea este și o școală a vieții, care te învață să relaționezi, să reduci spațiul psihologic și mai cu seamă să-ți valorizezi *punctele tari ale personalității*.

Maternitatea poate fi privită, pe de-o parte, ca o experiență personală, iar pe de alta, ca instituție, în sensul sociologic al termenului, desemnând regulile de influențare și control social al comportamentelor individuale, modelele specifice și stabile de organizare și desfășurare a interacțiunilor dintre indivizi și grupurile sociale orientate spre satisfacerea nevoilor de bază.

Analizând dintr-o perspectivă sociologică propusă de E. Durkheim, maternitatea apare ca un mod specific de a acționa și a te raporta la lume, *ca fapt social* – care se manifestă coercitiv asupra persoanei în cauză, determinând asumarea unor comportamente adecvate.

Spre situația de a fi gravidă și de a da naștere unui copil multe femei pășesc pe nepregătite, dintr-o dată, ca urmare a unei întâmplări fiziologice.

Se poate spune despre mamă și copil că se nasc amândoi deodată, în sensul că este suficient actul în sine al nașterii pentru ca o femeie să devină mamă? O femeie care a purtat în pântece fătul, i-a dat naștere, dar apoi a abandonat noul născut este cu adevărat mamă? Depășește cumva statutul de mamă biologică?

Ipoteza de la care plecăm este aceea ca *statusul de mamă se dobândește cumva de la sine, doar prin faptul de a aduce pe lume un copil, dar rolul complex de mamă se constituie treptat și este în mare măsură rod al învățării sociale.*

O interesantă paralelă se poate urmări între atributele maternității și ale genului:

- atât maternitatea cât și genul sunt determinate cultural și tributare contextului socio-istoric dat.

Tradițional erau considerate ca fiind datorate preponderent biologicului.

- sunt date prin apartenența la un sex și dobândite prin socializarea într-o cultură.

➢ sunt naturale (în accepţiunea de drept natural, inalienabil) - nu pot fi excluse din viaţa femeilor, deşi se pot manifesta gradual şi foarte divers.

Atât maternitatea cât şi genul sunt abordabile ca status, sumă de drepturi care decurg din aceasta, dar şi ca set de obligaţii rezultate din cerinţele de rol. Din punct de vedere calitativ variază direct proporţional: *cu cât cineva este sub raportul genului o autentică femeie, cu atât i se recunosc mai uşor şi valenţele de bună mamă.* Preluând distincţia făcută de Adrienne Rich între *maternitate ca instituţie şi maternitate ca practică, remarcăm împreună cu ea că instituţia maternităţii este profund marcată de structura patriarhală a familiei.*

În acest context o întrebare firească priveşte legătura maternităţii cu alte instituţii, de pildă cu familia, faţă de care, tradiţional, se poate aprecia că se află în raport de subordonare. În societatea contemporană, însă date fiind schimbările profunde care au pus în evidenţă coexistenţa formelor alternative de familie, şi chiar au încetăţenit familia de forma părinte unic – copil, maternitatea nu mai este legată nemijlocit de existenţa unui cadru familial reglementat juridic. Pe scurt, căsătoria duce la copii, bătrâneţe şi moarte. Căsătoria este înţeleasă ca o moarte simbolică, diferitele pierderi impuse (precum virginitatea şi tinereţea) fiind deplânse cu voce tare pe durata nunţii. (Gail Kligman) În funcţie de faptul de a avea sau nu copii – femeile se deosebesc în: femei-fără-copii şi femei-mame. La rândul lor, acestea din urmă, pot fi: *femei–soţii–mame şi femei–mame (în cazul în care au divorţat; au rămas văduve) şi fete–mame (cele care nu s-au căsătorit). Fetele–mame formează împreună cu copilul sau copiii lor un gen aparte de familie monoparentală*: o familie în care mama este celibatară (statut dat de absenţa căsătoriei), dar în care ea are atribuţii extinse, îndeplinind roluri parentale complexe şi susţinând printr-un efort sporit economic şi emoţional copilul aflat în îngrijire.

Relaţia mamă–copil în acest caz este una cu atât mai problematică cu cât nu există în sprijinul mamei nici un ajutor: din partea familiei de origine, a prietenilor, vecinilor sau colegilor. Astfel de situaţii devin de un dramatism extrem atunci când mama nu are nici mijloace de subzistenţă, neavând un venit din care să se întreţină şi, mai mult, nici măcar un adăpost. Putem aprecia această stare ca o gravă problemă socială care pune sub semnul întrebării şansele de viaţă ale noilor născuţi.Conceptul cu valenţe individuale al maternităţii începe, pentru a depăşi cazurile limită, să se dilate îmbrăcând *forma maternităţii sociale.* Instituţii guvernamentale şi organizaţii non-guvernamentale se implică luând sub ocrotire mama şi copilul aflat în dificultate, urmărind integrarea socială şi dobândirea de către aceştia a unui mod de viaţă considerat normal. Urmărind evoluţia istorică şi demografică din ultimele 3–4 decenii arătăm că parentalitatea la adolescenţi este o situaţie tot mai frecventă, deşi numărul de căsătorii la adolescenţi a scăzut, iar numărul avorturilor a crescut. În literatura de specialitate americană este descris fenomenul *Baby Boom caracterizat printr-o creştere alarmantă a sarcinilor la adolescente, fenomen considerat în prezent o problemă socială. La adolescente, factorii de risc sunt foarte mulţi iar efectele acestora pot fi: complicaţii în timpul sarcinii, pierderea sarcinii, naşterea prematură, anomalii la naştere sau dizabilităţi neurologice.* Din această perspectivă rămân însă câteva *probleme*:

• Care sunt principalele motive pentru care adolescenţii devin părinţi?

Acestea ţin în primul rând de schimbările care au apărut în *atitudinea societăţii faţă de sarcina adolescentină.* Astfel, astăzi, puţine stigmate sociale mai sunt în general asociate sarcinii iar, familiile de origine sunt suportive implicându-se mai mult emoţional, financiar şi fizic. Există de asemenea o serie de programe de asistenţă socială comunitară pentru adolescentele care urmează să nască, pentru cele care au făcut-o deja, ca şi pentru părinţii acestora. Statusul degradant şi umilitor pentru adolescenta – mamă, ca şi atitudinea negativă a băieţilor, că ar fi rău să se căsătorească cu o fată însărcinată au cam ieşit din obişnuinţele sociale.

Un alt factor care explică sarcina adolescentină se referă la neglijarea unei contracepţii adecvate de către adolescenţii activi sexual, în legătură directă cu atitudinile lor personale. Unele studii evidenţiază că adolescenţii care au cunoştinţe despre contracepţie, îşi acceptă mai uşor sexualitatea şi comportamentul sexual, decât cei care nu folosesc contracepţia (Brown, 1982, Dewlmater şi Maccorquodate, 1978 apud. Bigner, 1986) Statisticile sugerează că adolescentele care fac uz de contraceptive se simt mai responsabile pentru vieţile şi deciziile lor, îşi rezolvă mai bine problemele şi controlează mai bine ce li se întâmplă drept consecinţă a vieţii sexuale. Nefolosirea contraceptivelor de către adolescente este motivată şi de ideea că utilizarea lor ar crea o pregătire premeditată pentru viaţa sexuală, care ar trebui să survină de fapt în condiţii spontane şi naturale. O altă idee eronată este că metodele contraceptive ar fi nenaturale şi dăunătoare sănătăţii sau că sunt prea tinere pentru a rămâne însărcinate. De la ignoranţa cea mai banală la credinţe eronate de nuanţă magică de genul tabula personală (*altele pot rămâne însărcinate dar eu sunt protejată magic*), adolescentele operează cu diverse motivaţii anticontraceptive. La întrebarea de ce nu folosesc adolescentele contraceptivele Ph. Rice răspunde într-un studiu (1987) care identifică următoarele motive ierarhizate în funcţie de frecvenţa lor de apariţie:

- 38,1% – nu m-am obişnuit cu ele,
- 31% – mi-e teamă să nu afle părinţii,
- 27,6% – aştept relaţii mai intime cu un băiat,
- 26,5% – consider controlul naşterilor periculos,
- 24,8% – mi-e teamă să fiu examinată,
- 18,5% – crêd că pilulele costă cam mult,
- 16,5% – nu am avut aşa de multe relaţii sexuale încât să rămân gravidă,
- 16,4% – nu m-am gândit niciodată la asta,
- 15,3% – nu ştiu de unde să le obţin,
- 13,1% – nu m-am aşteptat să fac dragoste,
- 12,8% – am crezut că sunt prea tânără ca să rămân gravidă,
- 11,5 % – credeam că nu este bine să le utilizez,
- 9,2% – partenerul meu se opune,
- 8,4% – îmi doresc să rămân gravidă,
- 7,4% – am crezut că un control făcut este suficient,
- 1,4% – am fost obligată să am relaţii sexuale,
- 0,7% – altele.

Rezultatul acestei cercetări reflectă în primul rând lipsa cunoştinţelor auxiliare precum şi teama de a utiliza contraceptivele. De asemenea, ele reflectă ignoranţa, precum şi lipsa responsabilităţii şi a maturităţii. Un rol important asupra concepţiilor adolescenţilor privind contracepţia îl au şi părinţii lor, care transmit credinţele proprii despre comportamentul sexual şi folosirea contraceptivelor (Sorgensen şi Sanstegard, 1984). Dacă părinţii susţin decizia adolescentei de a folosi contraceptive şi dacă ele sunt motivate să satisfacă dorinţele şi aşteptările părinţilor, atunci fetele sunt mai înclinate să folosească regulat mijloacele de autoprotecţie.*Atitudinile personale* au un rol important în comportamentul cotraceptiv. Unii autori, printre care şi Davis (1980), relevă că în familiile cu venituri scăzute multe adolescente dezvoltă *atitudini fataliste, depresive şi apatice faţă de viaţă* – sentimente ce acţionează împotriva cunoaşterii, ca şi a folosirii efective a contraceptivelor. Alte *motivaţii personale diferite* care încurajează graviditatea şi descurajează folosirea contraceptivelor printre adolescente sunt:

– speranţa de a obţine mai multă atenţie de la familie şi prieteni, dacă rămân gravide;

– dorinţa de a avea un copil pe care să-l răsfeţe şi care să fie foarte preţuit de cei din jur;

– dorinţa de a obţine dragoste necondiţionată de la o altă făptură umană;

– învoiala sexuală cu un partener, căruia în schimbul exclusivei angajări, implicări şi afecţiuni îi oferă sarcina;

– graviditatea intenţionată, ca urmare a dorinţei intense de a pedepsi sau de a-şi lua revanşa în faţa unor părinţi superprotectivi şi dominatori.

Unul din factorii psihologici implicaţi în graviditatea adolescentelor este *relaţia disfuncţională cu tatăl*. În general, aceste fete provin din familii în care tatăl este absent sau mama domină. Multe cercetări sugerează, în acest caz, că sarcina adolescentină nu este nedorită, neplanificată, neintenţionată. Alţi autori (Landy şi colab. 1983) constată pe un lot de 123 adolescente-mame că alte motivaţii influenţează eşecul contracepţiei. Scott (1983) arată că sentimentul de dragoste şi dorinţă de căsătorie joacă un rol important în începerea activităţii sexuale adolescentine, fetele sperând că fiind îndrăgostite de partener după naşterea copilului vor fi cerute în căsătorie de acesta. Un alt factor care influenţează parentalitatea la adolescenţi este *tendinţa generală, culturală la femei de a participa la o relaţie sexuală anterioară căsătoriei (Badger, 1981) şi scăderea vârstei de începere a vieţii sexuale în jurul vârstei de 15 ani* (U.S. Bureau of the Census, 1987; Zelnick şi Kantne, 1980). Numărul adolescenţilor implicaţi în relaţii sexuale a crescut de la 30% la 50% între 1971–1979 ajungând astăzi până la 80%. La toate acestea se adaugă şi alte condiţii care favorizează sarcina adolescentină. La băieţi, ca factori favorizanţi se menţionează dificultăţi sociale, provenienţa din familii cu statut socio-economic scăzut, cu tatăl absent din familie, cu un număr mare de fraţi, cu dificultăţi şcolare, cu un nivel crescut de stres familial şi cu un grad crescut de popularitate printre colegi. (Roberts, 1980 apud. Rigner) Un element psihologic esenţial care le diferenţiază pe adolescentele însărcinate de cele neînsărcinate se referă la prezenţa unei percepţii defectuoase în relaţia cu mamele lor, în cazul primului grup, în condiţiile unei concentrări mai mult asupra identităţii de rol matern, decât de rol feminin. Ele simt că sunt mai puţin iubite, că

primesc mai puțină afecțiune și atenție, că sunt respinse și controlate de mamele lor (Olson și Worobey, 1986).

Ca urmare, performanța școlară poate fi afectată negativ. Alți autori însă (Ralph, Luchman, Thomas, 1984) infirmă diferențe psihosociale sau perturbații familiale între părinții-adolescenți și ceilalți adolescenți, ceea ce ne atrage atenția asupra prudenței cu care trebuie să interpretăm fenomenul respectiv. Autorii raportează consecințe pe termen scurt (conștientizate mai ales de mamele adolescente și de părinții lor) și pe termen lung (percepute ca fiind intense și importante, în special de către personalul școlii). Implicațiile educaționale ale parentalității adolescentelor se referă în primul rând la restrângerea posibilităților de finalizare a studiilor, cu consecințe directe de profesionalizare scăzută. Opt din zece femei care devin mame la mai puțin de 17 ani, nu termină niciodată liceul, iar adolescentele care rămân însărcinate, chiar și la 18–19 ani, renunță la școală într-un procent de 1,4 ori mai mare decât ceilalți adolescenți.

Cu cât vârsta este mai mică la nașterea copilului, cu atât șansa de reluare a studiilor scade. (v. Shinke, Gilcrist și Small, 1979). Abandonul școlar are efecte negative pe termen lung: deficiențe semnificative în educație, slujbe cu prestigiu scăzut și venituri mici, satisfacție scăzută în muncă. Desigur, toate acestea vor greva educația și comportamentul mamelor față de copii, în eventualitatea că îi vor păstra.

Sprijinul social, familial și acordarea anumitor ajutoare mamelor – adolescente, ar putea reduce câteva din efectele negative ale acestei situații în timp util, pentru că abandonul școlar împiedică o eventuală reluare a studiilor la maturitate (30–35 ani). În cazul în care sarcina conduce la o căsătorie timpurie, aceasta este de obicei instabilă (Furstenberg, 1976). Una din cinci căsătorii la adolescență se prevede a se termina printr-un divorț în primul an, una din trei în șase ani.

De Lissovoy, 1973, insistă în studiile sale pe aspectul nefericit al căsătoriilor la adolescență (tinerii soți fiind adesea mai nefericiți decât soțiile lor). Nemulțumirile legate în special de relația sexuală (bărbații erau nemulțumiți de participarea sexuală a femeilor, iar acestea considerau că soții lor vor prea mult sex) se acutizează după 30 de luni de conviețuire.

Soții doreau să-și continue relațiile de prietenie și activitățile sportive după orele de școală, în vreme ce soțiile se simțeau singure și abandonate de prietenii formali. Cercetătorii sugerează că nu sarcina în sine era cauza principală a nefericirii lor, cât căsătoria timpurie a părinților – adolescenți.

Resursele financiare sunt foarte limitate pentru părinții adolescenți, ei fiind frecvent incapabili să asigure o îngrijire parentală corespunzătoare adultului cu nou născut. Instabilitatea economică care survine după căsătoria adolescenților părinți, care au renunțat la școală, este de obicei cauza principală a separării cuplului în primii 2 ani de viață comună.

Multe din mamele adolescente vor deveni mame singure, cu responsabilități majore în creșterea copilului și dintre ele multe sunt nevoite să solicite asistență financiară de la sistemul public, dar odată cu creșterea vârstei mamei scade și probabilitatea de a depinde de acest sistem. Astfel, J. Bigner, 1989, precizează următoarele consecințe, evaluate diferit de cele trei grupuri studiate:

Tabel nr. 5

Consecinţele gravidităţii şi maternităţii asupra tinerelor de vârstă şcolară (J. Bigner, 1989)

	Opiniile mamelor de vârstă şcolară	Opiniile părinţilor	Opiniile reprezentanţilor şcolii
– absenteism şcolar în timpul sarcinii	6,6%	71%	28,5%
– dificultăţi în a urma orele în timpul sarcinii	10%	35%	35,7%
– restrângerea activităţii sociale	93,3%	71,4%	100%
– întârzierea sau împiedicarea absolvirii	9,9%	67,8%	78,5%
– mari dificultăţi în găsirea unei slujbe	66%	71%	50%
– mare probabilitate de a folosi asistenţa publică	3,3%	3,5%	85,7%
– limitarea accesului la studii superioare	30%	71%	80%
– stil de viaţă impropriu	13,3%	50%	30%
– creşterea fricţiunilor în relaţiile cu părinţii	26,6%	57%	64,2%

Consecinţele parentalităţii timpurii se întrevăd şi în relaţia părinte-copil. Cercetările sunt împărţite din aceste puncte de vedere. Astfel unii autori constată că mamele adolescente pot fi la fel de competente ca şi mamele mai vârstnice, interacţiunea lor cu copiii fiind de obicei normală, dar alţi autori atrag atenţia asupra relaţiilor distorsionate, abuzive şi nesatisfăcătoare din punct de vedere emoţional, cu copiii. Situaţia este specifică în special pentru taţii adolescenţi, care de obicei sunt despărţiţi de copiii lor din diverse motive sau ca urmare a divorţului. În studiul efectuat de Lissovoy, rezultă serioase carenţe informaţionale, atât ale taţilor, cât şi ale mamelor adolescente, cu privire la cunoaşterea şi anticiparea vârstelor la care vor avea loc progrese comportamentale din partea copilului, ceea ce are implicaţii majore în abilitatea acestor părinţi de a oferi o îngrijire de calitate copilului.

Ei se vor ghida în consecinţă în comportamentul parental, după impresii eronate privind stadiile de dezvoltare ale copilui şi vor emite pretenţii, expectaţii şi sancţiuni necorespunzătoare copilului. De exemplu controlul sfincterian este evaluat de aceşti părinţi ca trebuind să apară la 6 luni. În realitate, aceasta se întâmplă la 24 de luni. Aşa încât atât părinţii neavizaţi cât şi copilul vor reacţiona diferit la încercările de pregătire pentru diferitele momente importante din viaţa copilului. Autorul citat remarcă în comportamentul părinţilor adolescenţi nerăbdare, insensibilitate şi înclinaţia de a folosi pedeapsa fizică drept mijloc de educaţie. Plânsul la copil este citat drept cel mai important factor de iritare la părinţi. Aceste atitudini şi comportamente se accentuează negativ odată cu trecerea timpului, în special la taţi, părinţii devenind tot mai frustraţi şi decepţionaţi de viaţa lor. Aceasta demonstrează clar că lipsa maturităţii psihologice a părintelui devine un factor de risc important în dezvoltarea personalităţii copilului.

Mamele adolescente subestimează importanţa unor evenimente în viaţa copilului sau prezic apariţia lor mai devreme decât se întâmplă în mod normal. Aceasta poate avea două consecinţe: atunci când anumite evenimente sunt aşteptate să se producă, mai devreme decât apar ele normal în viaţa copilului, mamele pot manifesta îngrijorare şi subestimare faţă de întârzierea şi dezvoltarea acestuia. Când aşteptările sunt nerealiste faţă de copil, ele pot antrena un comportament matern neadecvat, uneori fundamentat pe credinţa: copilul este capabil de aceste comportamente dar nu poate să le manifeste. Sau,

dimpotrivă, apariţia în devans a unor comportamente apreciate eronat ca trebuind să se producă mai târziu pot crea o imagine falsă despre copil în ochii mamei. Aceasta antrenează deficienţe cognitive şi sociale la copiii neglijaţi, în condiţiile în care mamele nu conştientizează la timp semnificaţiile anumitor comportamente. Competenţa maternă a mamelor adolescente şi a mamelor mai vârstnice a fost comparată minuţios de o serie de autori (Roosa, Fitzgerald şi Carlson, 1982) sugerându-se că unele diferenţe apar mai mult în perioada în care copiii sunt mai mari (2–4 ani). Aceste diferenţe ţin mai mult de suportul social, decât de vârsta mamei şi se referă la nivelul cunoştinţelor maternale, atitudinilor şi comportamentelor care joacă un rol important în calitatea maternităţii. Un alt studiu comparativ între mamele şi taţii adolescenţi privind interacţiunea lor cu nou-născuţii de 6–7 luni (Lamb si Elster, 1985) demonstrează anumite diferenţe. Astfel, mamele aveau o interacţiune mai intensă cu copiii, faţă de taţi, situaţie care nu se observă printre mamele şi taţii mai în vârstă. Studiile sunt contradictorii privind abuzul fizic şi psihic al copilului de către părintele adolescent, dar se presupune că părinţii adolescenţi prezintă un risc mai mare de a-şi abuza copiii decât părinţii adulţi. Această atitudine poate fi întreţinută şi de alţi factori: sarcina neplanificată, naşterea unui copil ilegitim, respingerea psihologică a copilului după naştere, naşterea unui copil cu deficienţe fizice, dorinţa de a avea un copil din motive iraţionale (Bolton, Ianer şi Kane, 1980; Kinard şi Klerman, 1980; Simkins, 1984).

Consecinţele privind copilul părinţilor adolescenţi se referă la expunerea acestuia la un risc biologic şi psihologic mai mare decât al copilului născut din părinţi adulţi. Astfel, la mamele adolescente, rata crescută a naşterilor premature şi greutatea scăzută a copilului la naştere (Baldwin şi Cain, 1980) confirmă această afirmaţie. De asemenea, rata mortalităţii la copiii născuţi de adolescente o depăşeşte pe cea a copiilor mamelor peste 20 de ani. Cu cât vârsta mamei la naştere este mai mică şi se asociază cu provenienţa din medii sărace, cu atât riscul de a avea un copil subponderal este mai mare. Este foarte probabil ca un copil născut de o mamă până la 15 ani să aibă deficienţe la naştere: retardare mintală, diabet, handicapuri fizice şi diverse malformaţii congenitale asociate (Simkins, 1984). Rata crescută a deceselor copiilor la mamele adolescente poate fi pusă şi pe seama imaturităţii acestora, neglijenţei şi lipsei dorinţei de a asigura o îngrijire adecvată sugarilor, lipsei cunoştinţelor şi a experienţei de asigurare a unei diete corespunzătoare copilului. *Copiii adolescentelor–mame* prezintă frecvent şi alte caracteristici:

– scoruri semnificativ scăzute la testele de inteligenţă şi la alte măsurători ale funcţiilor cognitive;
– probleme de comportament, în special la sexul masculin;
– o probabilitatea mai mare de a deveni părinte-adolescent în viitor;
– o tendinţă mai mare la repetenţie şcolară şi dificultăţi în procesul de învăţare;
– tendinţa de a fi etichetaţi drept înceţi (retardaţi) în procesul de dezvoltare, în special la sexul masculin;
– probabilitatea de a avea experienţa unui pattern familial deficitar (după Baldwin şi Cain, 1980; Belmont şi alţii, 1980; Simkins, 1984) Totuşi, dintr-o perspectivă mai largă nu atât vârsta mamei la naştere conduce la toate aceste consecinţe, cât efectul conjugat al tuturor factorilor menţionaţi anterior.

În România putem observa creşterea ponderii mamelor foarte tinere, cele mai multe necăsătorite şi care nu îşi doresc copilul. Copiii care prezintă cel mai mare risc de a

fi abandonaţi se înregistrează, de regulă, la mamele sub 20 ani; în ţara noastră, ca în multe ţări din Europa de Est, procentul naşterilor pentru mame sub 20 ani a crescut cu 2,2% între 1989–1995. În ţara noastră, politicile de asistenţă socială încurajează *menţinerea sistemului care încurajează plasarea provizorie a copiilor în instituţii, care se poate transforma în abandon.* Întregul sistem facilitează abandonul treptat, neîncurajând responsabilizarea părinţilor pentru soarta propriilor copii. De alfel, nici sistemul legal nu conţine prevederi care să susţină responsabilitatea părinţilor. Intrarea extrem de uşoară a copilului în instituţie, urmată de o separare progresivă de familie este o cauză importantă abandonului în condiţiile actuale ale ţării noastre. O asemenea soluţie la problemele familiilor cu copii aflate în dificultate, produce o pierdere progresivă a legăturii dintre familie şi copil. Părinţii nu-şi vizitează copiii, deoarece nu sunt încurajaţi, dar şi datorită posibilităţilor materiale reduse ale acestora. În studiul menţionat anterior se apreciază că 2/3 din copiii aflaţi în leagăne şi secţii de distrofici vor rămâne în îngrijirea instituţiilor pentru copii, numai 1/3 având posibilitatea să se reîntoarcă în familiile biologice sau extinse, să fie adoptaţi, preluaţi în plasament familial sau încredinţare. Separarea pe termen lung a copilului de părinţi are consecinţe negative asupra dezvoltării armonioase a copilului, generate de absenţa îngrijirii părinteşti, a dragostei şi afecţiunii acestora şi a întregului mediu familial, conducând astfel la situaţia în care aceşti copii devin efectiv orfani, deşi în realitate, ei au o familie.

Se evidenţiază lipsa unor servicii pentru mamele cu copii: creşe, grădiniţe sau costul ridicat, descurajant al taxelor pentru acestea şi inexistenţa unei reţele de asistenţă medicală de ocrotire care să ofere suport medical continuu. *Remarcăm lipsa serviciilor de asistenţă socială* care să acţioneze în punctele cheie ale procesului abandonului: prevenirea abandonului; reîntregirea în familie a copiilor plasaţi temporar în instituţii; adopţia sau plasamentul familial pentru copiii abandonaţi; suportul pentru o planificare familială responsabilă, eficace şi accesibilă. Nu există servicii sociale cu asistenţi sociali profesionişti care să lucreze în cadrul maternităţilor, secţiilor de distrofici, spitalelor pentru copii şi şcolilor, pentru identificarea şi acordarea de sprijin (financiar, material, psihologic etc.) familiilor care sunt în situaţia de a-şi abandona copiii, în vederea menţinerii copiilor în familiile lor sau, dacă aceasta nu este posibil, a stabilirii alternativelor care răspund cel mai bine intereselor superioare ale acestor copii.

Situaţia de abandon a copiilor ar putea fi evitată dacă ar exista servicii sociale în care asistenţii sociali profesionişti să „lucreze" cu părinţii care nu doresc/nu pot/etc. să-şi crească copiii şi, după epuizarea tuturor alternativelor de a menţine copilul în familia biologică, să existe posibilitatea acordării consimţământului de către părinţii biologici în vederea instituirii unei soluţii în interesul copilului (adopţie, plasament familial).

Legislaţia actuală privind abandonul copiilor este şi ea o sursă care, în anumite privinţe, încurajează abandonul şi scade responsabilitatea părintelui pentru copil sau, cel puţin, împedică o soluţie firească la existenţa sa de fapt. Legea 47/1993 ajută parţial rezolvarea problemei copiilor abandonaţi, având o serie de limite. De exemplu, ea specifică perioada de minim 6 luni în care părinţii s-au dezinteresat, în mod vădit, de copil *(„prin dezinteres se înţelege încetarea oricăror legături între părinţi şi copil, legături care să dovedească existenţa unor raporturi părinteşti normale"),* în realitate existând o mulţime de situaţii a căror rezolvare nu este specificată prin această formulare şi care împiedică clarificarea situaţiei copilului. Iată câteva situaţii de acest fel: părinţii nu-şi pot vizita copilul

pentru că nu au posibilităţi financiare, deşi ar dori; sau părinţii îşi vizitează copilul la intervale foarte mari, doar pentru a-şi menţine dreptul de părinţi. Conform legii, acest copil nu poate fi declarat abandonat, el riscând să rămână în instituţie toată viaţa.

Altă problemă este cea a copiilor abandonaţi în maternităţi, despre care se ştie chiar de la naştere că sunt abandonaţi, deoarece mamele fug din spital imediat după naştere, fără să fi declarat adresa reală unde locuiesc. Conform legii privind declararea judecătorească a abandonului, trebuie aşteptat 6 luni pentru a putea declara abandonat un astfel de copil. În acest timp, copilul pierde orice legătură de ataşament pe care ar putea să o creeze cu un adult (în cazul în care există posibilitatea obţinerii consimţământului mamei pentru adopţie sau plasament şi, ca urmare, copilul ar creşte într-o familie), dezvoltarea sa ulterioară psiho-afectivă şi socială fiind grav afectată. O problemă majoră pentru aceşti copii o constituie lipsa certificatului de naştere, ceea ce îngreunează adopţia, plasamentul/încredinţarea sau trimiterea lui la o instituţie pentru protecţia copilului.

Legislaţia existentă nu pune accentul pe responsabilitatea părinţilor de a-şi creşte şi educa proprii copii şi pe sprijinul ce trebuie acordat acestora şi nici nu oferă posibilitatea acordării consimţământului de la părinţii biologici pentru adopţie sau plasament familial, ca alternativă la forma actuală de abandon.

Se poate estima că sistemul juridic şi instituţional actual este extrem de deficitar în sprijinirea familiilor pentru evitarea abandonului copiilor şi găsirea unor alternative prin care copiii să nu mai fie abandonaţi de către părinţi.Prognoza pentru viitorul imediat este mai degrabă pesimistă. Chiar dacă numărul cazurilor de abandon din iniţiativa părinţilor va scădea, numărul copiilor preluaţi în grija publică va creşte. În momentul actual, numărul copiilor abandonaţi/separaţi de familia lor biologică este încă menţinut artificial la un nivel mai scăzut. Deşi legea prevede necesitatea intervenţiei autorităţii publice în situaţiile în care familiile naturale nu oferă copiilor condiţii satisfăcătoare de viaţă şi preluarea acestora în îngrijirea publică, datorită dificultăţilor sistemului şi, parţial, dezorganizării acestuia,asemenea preluări sunt doar excepţionale.În condiţiile în care autoritatea publică îşi va asuma responsabilităţile faţă de drepturile copilului, numărul copiilor care vor fi preluaţi din familiile incapabile de a le oferi condiţii minime acceptabile va creşte. Părinţii adolescenţi nu sunt în măsură să-şi completeze propria lor educaţie, nefiind capabili să-şi satisfacă nevoile economice, să-şi asigure stabilitatea familială. Mamele adolescente tind: să aibă al doilea copil la doi ani după primul şi chiar mai mulţi copii la un interval de trei-cinci ani; să-şi crească singure copilul (divorţate sau văduve); să aibă probleme materiale; să treacă prin serioase probleme de familie. Mulţi dintre taţii adolescenţi nu reuşesc să finalizeze studiile liceale şi au mai puţine ocazii de angajare şi avansare în carieră şi potenţial de câştig financiar limitat. Mamele şi taţii adolescenţi deseori nu reuşesc să se acomodeze cu trecerea rapidă de la adolescenţă la responsabilităţile unei noi familii, aşa cum se aşteptau. Datorită frustrărilor din adolescenţă, deseori ei nu pot face faţă acestor responsabilităţi. În noua familie apar greutăţi din ce în ce mai mari: nu se pot obişnui cu noul statut, alternează între cele două stiluri de viaţă şi nu se pot alinia la regulile şi responsabilităţile impuse de apariţia nou-născutului. Ei se simt diferiţi de ceilalţi adolescenţi, excluşi din activităţile normale vârstei şi forţaţi să adopte rolul unui adult în societate. Conflictele dintre dorinţele lor şi necesităţile copilului şi toleranţa scăzută la frustrări, tipică adolescenţilor, vor contribui în viitor la stresul psiho-social al perioadei postnatale.

Factorii ce influenţează succesul tranziţiei către rolul de părinţi responsabili:
- ➢ experienţele trăite în familie;
- ➢ nivelul maturizării psihice;
- ➢ percepţia şi răspunsul la impactul cu responsabilităţile lor ca părinţi în propriile planuri de viaţă

3.6.2. Riscurile maternităţii după vârsta de 35 de ani

În general, riscurile de a avea un copil după vârsta de 35 de ani – au fost până acum descrise în general, în termeni exageraţi. De fapt, o serie de studii recente, făcute de clinici cu renume în SUA – demonstrează că pentru o femeie sănătoasă – aceste riscuri sunt minime. Ceea ce constituie factorul cel mai important este sănătatea mamei înainte de a deveni însărcinată.

Orice femeie peste 35 de ani care doreşte să devină mamă – trebuie să se supună unor teste medicale şi unei anamneze de natură psihologică. Medicul va realiza o analiză a istoriei medicale a familiilor viitori potenţiali părinţi şi va identifica eventualele pericole care pot afecta sănătatea mamei sau a copilului dorit. Cu alte cuvinte, femeile după 35 de ani sunt, în timpul sarcinii, mai des supuse riscului de a dezvolta diabet, hipertensiune arterială sau probleme ale placentei. Aceste cazuri necesită monitorizare atentă din partea medicilor şi a psihologilor pentru a se evita condiţiile negative în dezvoltarea intrauterină şi ulterior un posibil retard în dezvoltarea psihomotorie.O altă problemă este aceea că riscul de a avea un copil cu un defect genetic creşte odată cu vârsta mamei.

De exemplu, *riscul sindromului Down* creşte astfel: un copil din 885 afectat la mame de 30 de ani; un copil din 365 afectat la mame cu vârsta de 35 de ani; un copil din 109 afectat la mame cu vârsta de 40 de ani; un copil din 32 afectat la mame cu vârsta de 45 de ani. Femeile în vârstă de aproape 40 de ani trebuie supuse *testării genetice* – deoarece riscurile sunt destul de ridicate.

Deoarece aberaţiile cromozomiale sunt cele mai frecvente cauze care conduc la pierderea sarcinii, acest risc creşte de asemenea odată cu vârsta. Majoritatea studiilor dovedesc că un număr mai mare de sarcini se soldează cu naşterea prin cezariană la femeile peste 35 de ani, deşi cauzele clare nu sunt cunoscute. Cel mai mare obstacol pentru femeile peste 35 de ani îl constituie însă fertilitatea. O femeie ajunge la apogeul fertilăţii între vârsta de 20 şi 24 de ani. La femeile cu vârsta cuprinsă între 35 şi 39, nivelul fertilităţii scade considerabil. La femeile cu vârsta între 40 şi 45, şansa de a dezvolta o sarcină este cu 95% mai mică decât a unei femei de 20-25 de ani. Chiar şi cu tratamente speciale ca fertilizarea in vitro, femeile au mai multe probleme de procreere odată cu înaintarea în vârstă.

CAPITOLUL 4:
Criza puerperală în familia contemporană

4.1. Etapele de evoluție psihologică și dinamica vieții

Majoritatea psihologilor (Ch. Buhler, D. J. Levinson) consideră că viața individului se compune din etape distincte, întrerupte prin ***crize psihobiologice***, care marchează trecerea de la o etapă la alta.

D. J. Levinson împarte structura vieții în câteva perioade majore, caracterizate prin următoarele elemente: activități, asociații și relații (parentale, maritale, familiale). Între aceste perioade se află momentele de tranziție.

Ch. Buhler distinge mai multe etape ale vieții după cum urmează:

a) de la 0 la 15 ani este etapa anilor de creștere, înaintea capacității de reproducere a individului,

b) de la 15 la 25 de ani, perioada de maturizare după instalarea capacității de reproducere a individului,

c) de la 25 la 45 de ani, perioada de stabilizare, în cursul căreia se realizează un echilibru între creșterea generativă și cea retrogresivă, continuând a se menține capacitatea de reproducere a individului,

d) de la 45 la 65 de ani, etapa reprezintă pentru femei sfârșitul capacității de reproducere,

e) după 65 de ani continuă creșterea retrogresivă și se pierde capacitatea de reproducere la ambele sexe.

Până la Freud, se considera că viața propriu-zisă, în special cea psihică, începe o dată cu nașterea individului, parcurgând etape succesive de dezvoltare-maturizare. Acest punct de vedere este susținut și demonstrat astăzi de teoria lui J. Piaget și a altor specialiști de prestigiu.

Psihanaliza are însă un punct de vedere absolut original de a considera individul, precum și dezvoltarea sau, mai exact, formarea și evoluția acestuia, diferit de punctul de vedere strict al unei analize psihologice.

Teza psihanalitică a evoluției individului are la baza ei *principiul libidoului*, iar întreaga dezvoltare a individului este o succesiune de etape ale apariției, dezvoltării și regresiunii libidinale a persoanei umane. Acest punct de vedere, net formulat de S. Freud, a fost reluat de O. Rank, care, pe baza unor observații și analize psihanalitice extrem de interesante și originale, propune o schemă-model de formare dinamică a personalității, pe care o vom analiza în continuare.

După O. Rank, formarea şi creşterea personalităţii individuale este o continuă mişcare de "intrare şi ieşire" dintr-un context de relaţii. Acest proces este alcătuit din mai multe faze, fiecare începând cu o nevoie majoră de legătură şi având ca scop o reîntoarcere, o refacere a formei anterioare.

În sensul celor de mai sus O. Rank distinge în procesul de formare a personalităţii individuale patru faze majore: *faza familială, faza socială, faza artistică şi faza spirituală.*

Fiecare dintre aceste faze are una sau mai multe mişcări de înapoiere către unirea cu alte semnificaţii sau cu experienţe cosmice majore, manifestate sub o formă de separaţie sau de individualizare a persoanei respective, legate de dorinţa acesteia de afirmare. Să analizăm caracteristicile fiecăreia dintre aceste faze:

a) *faza familială* consideră că viaţa începe cu o unire, reprezentată prin cuplul marital, a celor doi conjuncţi. În sens metaforic, simbolic, viaţa "începe şi se termină cu o idee-tendinţă paradisiacă" spune O. Rank. La început este "Edenul", iar la sfârşit este "Nirvana". Naşterea individului va reprezenta o experienţă psihotraumatizantă pentru copil (traumatismul naşterii), accentuată de secţionarea cordonului ombilical, ca simbol al "separării de mamă" a acestuia (traumatismul secţionării cordonului ombilical). Urmează apoi o etapă de creştere şi de desprindere treptată a copilului de părinţii săi, în special de mamă, cu ieşirea acestuia de sub controlul şi autonomia maternă (traumatismul înţărcării, al mersului, al controlului sfincterian etc.).

b) *faza socială* este considerată ca fiind o "re-naştere" prin afirmarea externă a individului, concomitent cu separarea completă a acestuia de familia sa de origine. Este faza formării şi a lichidării complexului Oedip.

c) *faza artistică* reprezintă unirea individului cu realitatea, cu natura, cu lumea. Ea se caracterizează prin dominarea gândirii creative, considerată tot ca un proces de afirmare socială, de dobândire a prestigiului şi autorităţii individuale.

d) *faza spirituală* este considerată a fi faza superioară, corespunzătoare idealurilor etice şi spirituale ale individului.

Ea este privită ca fiind un proces de afirmare deplină a persoanei respective. Această fază este caracterizată prin identificarea individului cu anumite idealuri spirituale, ideologice sau filosofice, reprezentând în fond momentul desăvârşirii fiinţei sale.

Aceste aspecte, care sunt reprezentate în schema de mai jos, cuprind în ele atât *factori de progres,* cu caracter stimulativ, cât şi fact*ori psihotraumatizanţi,* cu caracter frustrant.

Evoluţia individului este considerată în psihanaliză un continuu efort de adaptare şi de realizare libidinală. Însă acest proces al tendinţelor pulsionale ale inconştientului se ciocnesc fie de cenzura subconştientului, fie de normele vieţii sociale.

Evoluţia individului devine astfel un lung şir de experienţe psihotraumatizante, de frustrări, menţionate de O. Rank: traumatismul naşterii, traumatismul secţionării cordonului ombilical, traumatismul înţărcării, al mersului, al obligativităţii controlului sfincterian, situaţia oedipiană, dobândirea unui statut şi rol social, identificarea complementară cu partenerul de viaţă, investirea cu autoritate şi prestigiu social, acceptarea declinului biologic, împăcarea cu destinul şi resemnarea în faţa morţii. Este un punct de vedere interesant, care pune în valoare dinamica profundă a pulsiunilor libidinale ale inconştientului şi valoarea acestuia în formarea personalităţii ca proces continuu, desfăşurat pe toată durata vieţii persoanei respective.

Din cele de mai sus rezultă, în mod evident, diferenţele de opinii dintre Ch. Buhler şi O.Rank.

Dacă în primul caz este vorba despre un punct de vedere riguros psihobiologic şi psihosocial, în cel de-al doilea caz se pune accentul pe sistemul de valori umane, sociale şi culturale în formarea şi dinamica vieţii individului.

Din ambele modele menţionate anterior, se poate desprinde clar faptul că viaţa este construită dintr-o discontinuitate de etape, bine individualizate, dar întrerupte prin momente sau scurte perioade de criză. Acestea, departe de a fi situaţii anormale sau chiar patologice, reprezintă etape fireşti, stări naturale de trecere de la o fază a vieţii la alta, în cursul cărora asistăm la schimbări globale, importante ale individului. Prin urmare, ele trebuie privite ca fiind situaţii absolut normale. Este însă la fel de adevărat faptul că, din cauza caracterului lor precipitant acut, extrem de încărcat psihobiologic pe o durată relativ scurtă de timp, ele sunt resimţite de individ ca nişte schimbări cu caracter dezagreabil, motiv pentru care acesta este înclinat să le atribuie adesea o semnificaţie morbidă. Aceste puncte de vedere le regăsim şi la Buhler care consideră că etapele vieţii sunt perioade psihobiologice bine individualizate, relativ omogene şi unitare separate între ele prin mai multe crize psihobiologice, cu repercusiuni asupra individului sau a vieţii sociale a acestuia. Printre aceste crize, Buhler remarcă: momentul naşterii individului, criza pubertară, perioada de graviditate a femeii, criza de involuţie, etc. Pe lângă aceste crize, manifestate în plan intrapersonal, există şi o serie de crize manifestate în plan interpersonal, la nivelul grupului familial, (criza puerperală, conflictul conjugal, divorţul) care se soldează cu consecinţe negative pentru dezvoltarea fiecărui partener şi evoluţia cuplului.

4.2. Semnificaţia maternităţii şi criza puerperală

Dimensiunea psihologică a cuplului este marcată profund de şansa de a fi şi de a te revela în cadrul convieţuirii ca bărbat sau ca femeie. Din perspectiva psihologiei, ***relaţia dintre sexe: erotico-sexuală şi cognitiv-spirituală*** devine chiar laboratorul subiectiv al prefacerii şi maturizării personalităţii umane.

Există o serie de premise de ordin psihologic şi social care influenţează perspectiva de abordare a maternităţii în contextul dezvoltării familiei. Acestea sunt următoarele:

1. În cadrul cuplului, iubirea, intercunoaşterea şi intercreaţia celor două personalităţi prin mutualitate, constituie calea devenirii lor. Ea nu poate fi separată de sexualitate decât cu preţul alterării, devierii, regresiei sau eşuării în patologie.
2. Identitatea psihosexuală se dobândeşte prin experienţa iubirii parental-filiale, dar se confirmă şi se dezvoltă ulterior prin cea a iubirii erotice şi conjugale. Apartenenţa genetică, biologică la unul din cele două sexe, deşi determină traiectoria socială, în mare parte, nu garantează în totalitate formarea identităţii psihologice de sex, adecvarea, competenţa şi satisfacţia resimţită în exercitarea sex-rolului. Armonia interpersonală a sexelor (I. Mitrofan, 1989) poate fi periclitată în măsura în care modelele comportamentale de sex-rol se

îndepărtează de matricele lor originare, de structurile arhetipale (eternul masculin, eternul feminin, animus, anima, după C. G. Jung)
3. Cuplul erotic, devine prin iubire, comunicare şi intercunoaştere o structură generativă, deschisă la schimbare, autocreatoare, o unitate prin complementaritate.
4. Experienţa iubirii (erotice şi parentale) este simultan un experiment de maturizare a personalităţii, de dobândire a forţei şi libertăţii interioare, de autoîmplinire.
5. Experienţa comunicării prin iubire determină şi dezvoltă conştientizarea de sine şi de altul, simultan în plan biologic, psihologic şi spiritual.
6. În cuplu şi în familie, fiecare devine co-partener: co-cauză şi co-efect, în evoluţia celuilalt şi respectiv, celorlalţi. Partener, părinte şi fiu sunt cele trei ipostaze care permit fiinţei umane 'autoconştientizarea, maturizarea şi autodezvoltarea, procesul complex al creaţiei de sine.

În literatura de specialitate se vorbeşte despre ***fenomenul generativităţii*** (apud. A. Birch, 2000), care se referă la dorinţa unui cuplu de a ocroti şi pe alţii şi, implict aceea de a avea urmaşi. Resorturile care alimentează această stare sunt în principal două: presiunea socială, îndeosebi cea care provine din partea propriilor părinţi, dar şi impresia că prin copii ai garanţia unui suport de nădejde la crepusculul vieţii.

Ca forme ale familiei monogame s-au individualizat trei structuri:

- familia extinsă,
- familia nucleară,
- familia mixtă.

Familia extinsă este modelul patriarhal de tip tradiţional. Ea include relaţii relative şi nonrelative între membrii care locuiesc în acelaşi spaţiu, cămin şi care reprezintă două, trei generaţii reunite şi, uneori colaterale (fraţii).

Familia extinsă subordonează familia nucleară, fiind formată adesea din cel puţin două familii nucleare (bunici, părinţi şi copii) şi dispunând de un sistem de reguli şi norme de convieţuire care se perpetuează de la o generaţie la alta.

În societatea tradiţională, fertilitatea era venerată iar familia extinsă constituia principala modalitate de reprezentare a ei.

În ceea ce priveşte sistemul interacţional intermarital, propunându-şi păstrarea coeziunii şi stabilităţii la nivelul întregului sistem familial, familia extinsă defavorizează adesea evoluţia şi calitatea relaţiilor intime, confirmându-le şi proiectându-le mai mult *din perspectiva scopurilor de perpetuare, deci de păstrare a filonului familiei prin urmaşi,* şi mai puţin din perspectiva experienţei subiective de creştere şi dezvoltarea a soţilor în rolurile masculine şi feminine.

În familia tradiţională nu se putea vorbi despre planificarea sarcinii şi luarea unei decizii privind naşterea copiilor. Interacţiunile maritale şi raporturile sexuale erau foarte frecvente în perioada imediată căsătoriei în scopul procreării. În perioada postnatală interacţiunile maritale erau reduse între soţi. Se poate vorbi astfel în familia tradiţională despre o semnificaţie psihologică a ***perioadei de lăuzie***, cultivată de-a lungul generaţiilor. ***Decizia de a avea copii este specifică societăţii moderne***. În timp ce nivelul total al natalităţii a scăzut, decizia de a avea copii este amânată pentru vârstele mai înaintate. ***Modificările în dinamica fertilităţii*** sunt asociate cu faptul că, în general,

cuplurile optează pentru familii mai puţin numeroase şi în special tinerele amână debutul maternităţii sau îşi acordă o perioadă mai lungă de timp între sarcini.

Familia nucleară (conjugală), redusă numeric la soţi şi copiii lor necăsătoriţi (proprii sau adoptaţi) este în variantele -armonioasă şi sănătoasă- o structură democratică, bazată pe consens, egalitate şi complementaritate a rolurilor de soţ-soţie, precum şi pe o participare crescândă a copiilor. Familia nucleară este o structură preferată de majoritatea oamenilor în cea mai mare parte a globului terestru, în contextul civilizaţiei industriale, ea fiind aptă să asigure cel puţin patru funcţii esenţiale:

– cooperarea economică între soţi,
– relaţiile sexuale,
– comportamentul reproductiv,
– socializarea copiilor.

Din punct de vedere psihologic, familia nucleară are o posibilitate crescută de asigurare a suportului emoţional, de satisfacere a nevoilor de securizare, protecţie şi apartenenţă ale fiecărui membru, precum şi a nevoilor de comunicare şi creştere a personalităţii. **Familia mixtă** este o structură bazată pe căsătoria dintre doi părinţi singuri sau divorţaţi, cu copii proprii sau eventual cu copii comuni. Astfel, relaţiile de fratrie vitregă sau prin alianţă sunt specifice familiilor mixte, de obicei coabitând cu toţii în acelaşi spaţiu.

Problemele familiei mixte ale părinţilor vitregi şi copiilor vitregi, ţin de specificul relaţiei din sistemul familial structurat după recăsătorire, de riscul repetării anumitor erori din mariajele anterioare, şi de relaţiile cu ex-consorţii. Aceştia din urmă rămân de cele mai multe ori în relaţii (mai mult sau mai puţin reglate juridic şi psihologic) cu copiii lor.

Adeseori, părinţii vitregi au un comportament neadecvat faţă de copiii vitregi, mai ales legat de atitudinile şi relaţiile acestora cu părinţii naturali.

Pe de altă parte, pentru copil, recăsătorirea părintelui creează probleme reale, cum ar fi următoarele:

- copilul se confruntă cu situaţia de a-şi împărţi afectiv părintele cu noul soţ al acestuia. Problema poate fi în special dificilă pentru băieţii care au o atitudine înalt posesivă şi protectivă faţă de mama lor divorţată şi recăsătorită,
- copilul se poate teme de o modificare a regulilor în noua familie, ceea ce este după terminarea divorţului, o idee şi o aşteptare realistă,
- copilul poate resimţi din partea părintelui vitreg, asemănător sau diferit, modul de disciplinare pentru comportamente, moduri de a face şi gândi cu care s-a deprins sau care erau tolerate de părintele natural,
- copilul se poate învinovăţi dacă se simte atras sau iubeşte părintele vitreg faţă de care s-ar simţi simultan neloial faţă de părintele necustodial,
- copilul trebuie să renunţe la visul său de a-şi revedea părinţii împreună, şi aceasta nu-i uşor de făcut. În consecinţă el poate avea tendinţa să-şi crească ostilitatea faţă de părintele vitreg.

De multe ori, partenerii noului cuplul încearcă consolidarea relaţiei maritale prin naşterea unui nou copil. În acest caz este vorba despre ***cuplurile nevrotice*** care după expresia lui Osho (2002) nu ar trebui să procreeze, deoarece părinţii fiind pentru copil primele lui repere umane arhetipale, aceste modele tulburi şi insalubre psihologic

vor fi introiectate şi disipate la cote sporite. Apoi, din perspectiva părintelui nevrotic, naşterea unui copil nu este remediul miraculos împotriva împotriva maladiei sale ci, dimpotrivă prilejul de a o agrava. Fără îndoială apariţia unui copil într-un cuplu se acompaniază de efecte bilaterale, părinţii îşi modelează copiii, dar şi copiii îşi formează părinţii, aşa cum a remarcat cu inspiraţie, J. De Ajuriaguerra (1970). După apariţia primului copil au loc schimbări majore la nivelul interacţiunii dintre soţi, mai ales sub aspectul comunicării. Ei se concentrează mai degrabă asupra sarcinilor instrumentale şi mai puţin asupra menţinerii legăturii emoţionale. Timpul petrecut împreună, intimitatea şi comunicarea dintre parteneri scad în mod dramatic, ceea ce face, în contextul apariţiei conflictelor, ca membrii cuplului să se privească din ce în ce mai puţin ca iubiţi. (Belsky et. al., 1985, Cowan et al., 1985)

Ca o mărturie că suntem mult prea profani în exercitarea profesiunii de părinte, s-a constatat că naşterea primului copil exercită un impact bulversant asupra părinţilor, ocupând locul al şaselea, pe o scară ce ierarhizează potenţialul stresant al unui număr de 102 evenimente (Dohrend şi colab., 1978). Fără îndoială, debutul parentalităţii generează o serie de consecinţe pozitive şi negative, atât asupra cuplului, cât şi a fiecărui membru în parte. Unii autori, mai ales de inspiraţie psihanalitică, apreciază că noua ipostază este benefică pentru părinţi, deoarece aceştia retrăiesc prin copil problemele cu care ei înşişi s-au confruntat odinioară, asanând astfel asperităţile lor. Mai mult, pentru femeie, maternitatea este modalitatea prin care ea îşi onorează destinul său specific, fructificând *spaţiul intern productiv. (Erik Erikson, 1968)*

Capacitatea de adaptare a părinţilor, la apariţia unui copil în viaţa lor, este mult condiţionată de calitatea relaţiilor existente între ei, în perioada premergătoare evenimentului. Concret, cuplul în care a dominat armonia este mai apt să facă faţă exigenţelor dificile de creştere a copilului, prin comparaţie cu cuplurile măcinate de animozităţi şi disensiuni. (Cox şi colab., 1989, Heinike şi Guthrie, 1992).

4.3. Decizia de a avea copii

Cuplurile se deosebesc între ele, din punct de vedere tipologic, în funcţie de prezenţa sau absenţa urmaşilor, precum şi în funcţie de natura motivaţiilor care să explice prezenţa sau absenţa copiilor. ***Criza familiei*** porneşte de cele mai multe ori de la ***decizia partenerilor de a avea un copil.***

Decizia de a avea copii poate lua forma următoarelor opţiuni pe care le vom analiza în cele ce urmează. Acestea sunt:

- alegerea de a nu procrea şi naşte copii,
- amânarea naşterii primului copil (uneori până la 35-38 de ani la femei), de aici decurgând o serie de riscuri de ordin genetic dar şi psihologic,
- decizia de a avea un singur copil,
- decizia de a adopta un copil,
- decizia de a avea mai mulţi copii.

Decizia de a avea copii se poate solda cu apariţia unei sarcini:

- ➢ programată (de obicei un copil dorit),
- ➢ întâmplătoare (un copil dorit sau nedorit),

- în condiţiile unui tratament contraceptiv, sau cu
- renunţarea la sarcină (avort spontan sau intenţionat).

În funcţie de momentul apariţiei sarcinii, aceasta poate fi:

- premaritală (înaintea căsătoriei cu partenerul de cuplu),
- după căsătorie,
- cu parteneri ocazionali,
- rezultată în urma unui viol.

Infertilitatea este un concept ce îmbină incapacitatea reproductivă cu intenţia de a avea copii. În societatea contemporană există tendinţa cuplurilor, în special la intelectuali, de a amâna conceperea primului copil până la vârsta de 30–40 de ani. Posibilitatea uni avort spontan creşte cu vârsta, aducând noi frustrări în atingerea scopului de a avea copii. .

Elementul esenţial care trebuie supus atenţiei noastre, în corelaţie directă cu sexualitatea, este ***sentimentul complex al maternităţii*** (dorinţa naturală de a da naştere la copii, de a avea şi a creşte copii, de a ocroti şi iubi copii) ca manifestare comportamentală de împlinire deplină a personalităţii feminine: de a fi soţie şi de a fi mamă.

Maternitatea este o formă complexă de sublimare a instinctului sexual. Ea converteşte sexualitatea din instinct în dăruire sufletească şi împlinire morală.

Faptul de avea copii valorizează un cuplu, dar această valorizare este diferenţiată. Ea împlineşte rolul şi statutul femeii, dar, în egală măsură împlineşte şi orgoliul de afirmare al bărbatului. În plus, prezenţa copiilor schimbă viaţa cuplului, o consolidează, apropie soţii între ei, construieşte noi proiecte de ideal, noi aspiraţii, noi atitudini, conduite. Cu toate acestea, în societatea contemporană se vorbeşte despre o criză a perioadei puerperale, cu o dinamică specifică ale cărei cauze le vom analiza în cele ce urmează.

Motivele pentru care cuplul îşi doreşte un copil sunt numeroase şi deosebit de variate: de la raţiuni egoiste care răspund mai degrabă interesului egocentric al unuia sau ambilor părinţi (să le semene, să îi moştenească), la dorinţa de a menţine cuplul sau de a optimiza relaţia afectivă dintre parteneri. În nici una dintre aceste situaţii, copilul nu este văzut ca o fiinţă în sine, ca o personalitate în devenire, ci ca un mijloc sau ca o sursă de rezolvare a conflictelor anterioare din cuplu.

Schimbările hormonale din perioada graviditãţii şi alăptării, viaţa de zi cu zi, starea de oboseală epuizantă datorată lipsei de somn din primele săptămâni determină *o stare de vulnerabilitate post-partum* cu efecte în dinamica vieţii sexuale a femeii şi implicit a cuplului. Indiferent însă de starea relaţiilor intramaritale, debutul parentalităţii bruiază unitatea unui cuplu, indiferent cât de coezivă a fost ea anterior. Astfel, Schultz (1972, apud. Munteanu, 2002) semnalează o diminuare cu 50% a conversaţiilor dintre proaspeţii părinţi odată cu intrarea în scenă a copilului, iar când acestea totuşi se înfiripă, ele gravitează tot în jurul problemelor cauzate de noul membru al familiei. Alţi autori mai sceptici, precum Rebstein şi Richards (1992) citaţi de A. Munteanu (2002) evidenţiază o diminuare constantă a satisfacţiei maritale odată cu sosirea celui dintâi copil. Desigur, există şi opinii mai optimiste care reiterează procesul de consolidare a mariajului, în alternativa că naşterea copilului a fost deliberat proiectată.

4.4. Factorii etiologici ai crizei puerperale

Căsătoria este un proces interpersonal al devenirii şi maturizării noastre ca personalităţi, de conştientizare, redirecţionare şi fructificare a tendinţelor, pulsiunilor şi afinităţilor inconştiente, de autocunoaştere, prin intercunoaştere. Scopul ei este creşterea personală, prin experienţa conjugalităţii şi parentalităţii.

Destinul individual ca şi cel familial sunt strâns împletite cu traiectoria socialului şi cu cea a valorilor cultural-spirituale. Imaginea, adesea alterată până la grotesc şi absurd, pe care ne-o oferă unele dintre simulacrele familiei contemporane sau noile tipuri de relaţii intersexe suscită la întrebări, explicaţii şi prognoze.

În prezent, familia este o realitate vie, care fără a-şi pierde sensul fundamental sacru, este supusă cu violenţă dezordinii cotidiene a profanului, traversând o **criză** fără precedent. Valorile trecutului se prăbuşesc continuu şi ireversibil, şi odată cu acestea se diminuează importanţa şi ataşamentul faţă de instituţia familiei, se redimensionează structura şi funcţiile fundamentale ale ei. Ceea ce se întâmplă cu familia reprezintă până la un anumit punct o reflectare a crizei prin care trece societatea, o imagine a mutaţiilor semnificative care au răscolit contemporaneitatea, în trecerea de la tradiţional la modern.

Psihosociologii au considerat decenii de-a rândul familia monogamă drept o garanţie morală, generatore de statornicie, siguranţă şi credibilitate. I. Mitrofan arată că deceniul opt ar putea marca în istoria psihosocială a familiei, momentul critic al proliferării semnificative a modelelor familiale, sub semnul dezinstituţionalizării tot mai accentuate. Cuplurile, deşi păstrează nostalgia unei solidarităţi afective şi sociale definitive, visează şi acţionează în spiritul păstrării unei disponibilităţi permanente.

În prezent, psihologii francezi consemnează următoarele ***trăsături definitorii ale vieţii conjugale şi familiale:***

- Extinderea coabitării în afara căsătoriei,
- Reculul nupţialităţii şi creşterea numărului de naşteri în afara căsătoriei,
- Creşterea numărului divorţurilor şi implicit a menajelor monoparentale.

(Vingt et Unieme Rapport sur la Situation Demographique de la France, 1992)

Există o serie de fenomene şi procese sociale obiective considerate răspunzătoare de modificările survenite la nivelul structurii şi funcţiilor familiei aşa cum au fost sintetizate de M. Voinea:

- Angajarea masivă a femeilor în activităţi extrafamiliale care influenţează nivelul fertilităţii, funcţiile economice şi socializatoare ale familiei, rata divorţialităţii diminuează funcţia de autoritate masculină,
- Creşterea gradului de şcolarizare a populaţiei, ridicarea nivelului de instrucţie al femeilor au antrenat o serie de modificări la vârsta căsătoriei (în sensul creşterii acesteia), în distribuţia rolurilor şi autorităţii, în atitudinea faţă de căsătorie, maternitate, planning familial.

Adoptarea unui stil de viaţă fără copii şi amânarea perioadei de concepţie şi naştere a primului copil vor constitui factori declanşatori ai crizei puerperale.

Din perspectiva societăţii contemporane, una ***dintre cauzele disoluţiei familiei şi a crizei puerperale***, o reprezintă ***emanciparea femeii.*** Ea porneşte din

punct de vedere psihologic de la ambiția femeilor de a minimaliza importanța sensibilității și de a-și afirma supracompensator intelectul în societate. Voința lor de afirmare, pe de o parte distruge coeziunea și solidaritatea familială, pe de altă parte, rănește orgoliul feminin.

Această idee nu este de loc singulară în istoria sociologiei. Tonnies remarca și el că temperamentele, caracterul și gândirea sunt diferit marcate la bărbat și la femeie, după cum urmează:

Tabel nr. 6

Caracteristici psihologice și de personalitate specifice sexului maculin și feminin (Bădescu I., 1992)

	Temperamentul	Caracterul	Gândirea
Femeia	Dominat de tonalitate afectivă	Dominat de sentimentalitate	Dominată de intuiție
Bărbatul	Dominat de activitate	Dominat de reflexie	Dominată de cunoaștere

Practic, instabilitatea și dezordinea, diminuarea rolului familiei nucleare și proliferarea alternativelor la căsătorie, nu sunt neapărat consecințele unei abandonări a modelului comunitar, ci sunt rezultatele „incompatibilității" tot mai evidente în relația bărbat/femeie.

Pentru că, dacă familia-ca instituție-nu parcurge încă o perioadă de criză accentuată, la nivelul relațiilor din interiorul familiei alterările și mutațiile sunt semnificative (în special violența familială, falsa comuniune, insatisfacția conjugală etc.).

Bineînțeles că aceste mutații la nivelul relațiilor interpersonale sunt tot rezultatul abandonării modelului comunitar, însă **dacă femeia nu grăbea acest proces al trecerii la societate, familia-ca structură socială funcționabilă și funcțională-mai avea o șansă de supraviețuire.**

Acest proces al trecerii de la comunitate la societate poate fi și altfel exemplificat. Plecând de la cercetările lui Bales, care a observat că în orice grup mic tinde să apară un **lider instrumental** (cu rol de a rezolva problemele care apar) și un **lider expresiv** (care accentuează factorul psihic, emoțional), s-a ajuns la concluzia că aceiași diferențiere a rolurilor de lider apare și în familie.

În majoritatea societăților, *soțul joacă rolul liderului instrumental*, în timp ce ***soția joacă rolul liderului expresiv***.

Din această perspectivă, ne vom opri la diviziunea socială a rolurilor masculine și feminine, la trăsăturile principale ale bărbatului și femeii. Și aceasta, deoarece vrem să păstrăm o coerență și o unitate cu teoriile prezentate și, mai ales, pentru că, *explicațiile prezentelor schimbări din familia contemporană trebuie căutate la nivelul indivizilor.*

În argumentația noastră, vom pleca de la premisele invocate de Mathilde Niel, în lucrarea „Drama eliberării femeii". (1974) lucrare ce a avut un impact deosebit la data apariției ei. Autoarea citată consideră că, la începuturile omenirii, forța fizică a fost cea care a făcut din bărbat „sexul tare". Datorită puterii sale, el a putut să-și apere familia, satul sau

Cetatea împotriva năvălitorilor. Femeia, ţinută departe de vânătoare sau luptă datorită conformaţiei sale fragile, adesea slăbită de naşteri repetate, era considerată „sexul slab”.

Opoziţia Forţă/Slăbiciune a fost – în concepţia Mathildei Niel-punctul de plecare către conştientizarea principalelor caracteristici ale celor două sexe. Astfel, **virilitatea** a fost identificată cu forţa iar **feminitatea** cu slăbiciunea.

Continuând argumentaţia, Niel consideră că bărbatul-limitând femeia la preocupări casnice- s-a considerat singurul sex capabil să creeze, să participe activ la viaţa cetăţii şi să o conducă. Atfel, virilitatea, bazată iniţial pe forţa fizică şi pe curaj, şi-a atribuit şi *inteligenţa* şi *cunoaşterea*. În aceiaşi ordine de idei, feminitatea a fost asociată cu *ignoranţa* şi *pasivitatea*.

Majoritatea cercetătorilor consideră că bărbatul, şi mai ales femeia au trăit închişi în aceste *modele culturale,* modele ce au fost perpetuate de-a lungul timpului prin stereotipuri şi prejudecată.

De exemplu, absolutizând valorile feminine, se observă că femeia rămăsese „închisă în universul îngust al familiei, fiind „ruptă” de lumea reală. Însă, femeia societăţii contemporane se află într-un accentuat proces de depăşire a clişeelor tradiţionale legate de ideea de feminitate.

Imaginea femeii (mai ales cea autostereotipală) este centrată şi ea pe inteligenţă şi hărnicie, atribute preluate de la bărbat, din modelul tradiţional. Se observă că atributele valorizate în comunitate (gospodine, sensibile, tandre, devotate familiei, etc.) apar cu un scor mediu, ceea ce evidenţiază din nou tentaţia aceasta a femeii de a asimila modelul societal.

Autoarele studiului conchid că la bărbaţi apar în mai mică măsură caracteristici precum: sensibilitate, afectivitate, sentimentalism, accentul fiind pus mai ales pe forţă, inteligenţă, competenţă.

La femeie apar mai multe teme specific masculine: inteligenţă, vanitate, ambiţie, competenţă.

Această deviere de la imaginea tradiţională a femeii poate fi explicată prin faptul că în ultimul timp femeia se implică tot mai mult în activităţile specific masculine, în asumarea unor roluri altădată inaccesibile.

Pe de altă parte, tentaţia femeii de emancipare şi de schimbare a rolurilor şi diviziunea muncii în cadrul familiei se loveşte de nehotărârea ei.

Şi aceasta pentru că femeia se teme că dacă refuză să joace în exclusivitate rolul de Mamă sau Soţie, ar putea să piardă siguranţa oferită de vechile valori feminine.

Astfel, **femeia modernă oscilează permanent între nevoia de independenţă şi dorinţa de a se agăţa de vechile valori.**

Ea nu izbuteşte să-şi trăiască din plin libertatea, nici supunerea.

Această oscilare, această nehotărâre a femeii în a-şi asuma **pe deplin** caracteristicile omului societal şi de a renunţa la trăsăturile omului comunitar, accentuează şi mai mult divergenţele şi conflictele în cadrul cuplului, diminuează şi mai mult încrederea în valorile familiei, ca instituţie socială.

În concluzie, factorii etiologici ai crizei puerperale pot fi sintetizaţi astfel:

Tabel nr. 7

Factorii etiologici ai crizei puerperale

1. La nivel personal	– transformările biologice pe care le implică graviditatea, – manifestările psihologice: starea de anxietate din timpul sarcinii, teama de naştere şi de tensiunea travaliului, starea de depresie postnatală)	
2. La nivelul cuplului	– lipsa conştientizării existenţei şi dezvoltării factorilor de stabilitate psihosocială şi interacţiune a cuplului cu diferenţe între ***perioada de debut şi perioada de maturizare a cuplului***	***Factori de debut:*** ➢ Aptitudinea pentru parteneriat ➢ Adaptarea şi acomodarea maritală ➢ Iubirea conjugală ***Factori de întreţinere, dezvoltare şi transformare:*** ➢ Intercunoaşterea maritală. ➢ Intercomunicarea în cuplul conjugal ➢ Intimitatea conjugală ➢ Interacţiunea maritală ➢ Coeziunea cuplului ➢ Satisfacţia conjugală
3. La nivel social	➢ emanciparea femeii, ➢ dorinţa partenerilor de a fi independenţi în relaţia lor faţă de copil. Apariţia unor copii determină restrângerea sferei activităţilor (în special cele profesionale şi de loisir), precum şi o serie de responsabilităţi parentale faţă de aceştia. ➢ lipsa unui copil în familie poate fi motivată de dificultatea economică cu care indivizii sunt confruntaţi în societate: şomaj, lipsa unei slujbe stabile, venituri foarte mici. ➢ lipsa unor politici sociale de încurajare şi sprijinire a tinerilor căsătoriţi.	

4.5. Manifestarea crizei puerperale

Familia restructurată, modelul ***familiei contemporane*** este un model nou care se axează pe modele anterioare (familia matriarhală-familia patriarhală, familia tradiţională, familia modernă) pentru a include şi a se adapta la o serie de configuraţii familiale specifice secolului XXI.

Fenomenul de denuclearizare familială din societatea contemporană pe fondul căruia se manifestă criza puerperală se poate descrie prin următoarele schimbări survenite în relaţia dintre sexe:

- Egalizarea statutelor sociale, masculin şi feminin, prin intrarea masivă a femeilor în activităţi productive şi printr-o profesionalizare şi culturalizare de nivel superior a acestora, fără precedent în istorie,
- Liberalizarea sexualităţii premaritale este una din schimbările ce afectează atât comportamentul adolescenţilor de ambele sexe (în special al fetelor), cât şi atitudinile sociale, altădată restrictive în această privinţă. În strânsă legătură cu înlăturarea tabuului virginităţii, s-au dezvoltat şi formulele de coabitare juvenilă, care influenţează scăderea nupţialităţii şi indirect fecunditatea,

- Ilegitimitatea naşterilor, corelată cu scăderea nupţialităţii a devenit tot mai frecventă în special în cazul adolescenţilor, conducând la o nouă categorie socială ce ridică probleme desebite psihologice, educaţionale şi de suport social părinţii-adolescenţi. În paralel, însă, în ciuda programelor de planificare a naşterilor, ca urmare a ignoranţei, rezervei sau altor motivaţii personale, multe tinere preferă încă avortul, a cărui frecvenţă este încă în creştere,
- Scăderea fecundităţii cuplurilor prin planning familial, ca urmare a unei mutaţii valorice, cu substrat în psihologia actuală a celor două sexe- opţiunea pentru stilul de viaţă fără copii. Se produce astăzi o translaţie de la familia axată pe copii la familia axată pe adult (I. Ramsey citat de A. Toffler),
- Instabilitatea accentuată a căsătoriilor, în special în primii 4–7 ani, reflectată în creşterea divorţialităţii,
- Creşterea stresului intrafamilial şi conturarea tot mai frecventă a unor interacţiuni familiale patogene.

Există deci o serie de ***fenomene critice ale familiei nucleare*** care ***favorizează implicit dezvoltarea crizei puerperale în familia contemporană***. Printre acestea enumerăm: divorţul, instabilitatea şi infidelitatea, degradarea morală şi alcoolismul, disfuncţiile sexuale cronice, avortul repetat şi iresponsabil corelat cu abuzul fizic al femeii, abuzul fizic şi sexual al copilului, violenţa familială, inclusiv intergeneraţională, tulburările de comportament şi adaptare, unele tulburări psihice, reflex al interacţiunilor familiale patogene, precum şi opţiunile tot mai numeroase pentru stilurile familiale alternative: singurătatea şi coabitarea.

Adesea, în spatele unui cuplu marital cu ***o aparenţă bună, normală***, se ascund tulburări funcţionale psihofamiliale, psihosexuale, tulburări privind identitatea unuia sau a altuia dintre parteneri, rolurile şi statutele acestora.

Fragilitatea cuplurilor depinde, în mod egal, nu numai de crizele actuale care pot apărea între parteneri, ci de evenimentele cu caracter psihotraumatizant din istoria psihobiografică a fiecărui partener al cuplului marital respectiv. (P. A. Gloor)

Într-un studiu efectuat asupra ***cuplurilor fragile***, M. Hurui şi G. Stoll, (apud C. Enăchescu) remarcă unele aspecte implicate direct în acest proces cum sunt următoarele:

a) *vârsta:* se remarcă dominanţa tulburărilor în cazul cuplurilor tinere, legătura dintre parteneri s-a constituit fără o pregătire psihologică prealabilă pentru viaţa de familie, întâmplător, fără o cunoaştere reciprocă a acestora,

b) *situaţii conflictuale*, manifestate printr-unul sau mai multe conflicte conjugale larvate, mai mult sau mai puţin conştiente. Simptomatologia psihosexuală a cuplului este de regulă extrem de polimorfă şi se concretizează printr-o tulburare a percepţiei corporale sau prin *mentalizarea trăirii experienţei sexuale,*

c) *legătura dintre parteneri* este de regulă afectată, întrucât mulţi dintre aceştia sunt încă puţin sau deloc individualizaţi sau desprinşi psihologic de familiile lor de origine,

d) *sexualitatea* suferă distorsiuni importante în cadrul cuplurilor fragile. În special, femeia percepe manifestările de tandreţe, afecţiunea bărbatului ca pe o acţiune lipsită de semnificaţia unei comunicări sau chiar ca pe o relaţie de

tip inhibantă, paralizantă. Se notează încercări bilaterale, de tip artificial, forțate, legate de dorința reciprocă a partenerilor de a-l satisface pe celălalt,

e) *personalitatea partenerilor* are un rol extrem de important și complex.

Dincolo de aspectele sociale, economice sau de altă natură, un rol important în geneza situațiilor de criză familială îi revine și laturii psihosexuale.

În cuplurile fragile, la tinerele gravide, s-a constatat existența unei ***importante corelații între sexualitate și tulburările de personalitate, exprimate în perioada sarcinii prin fenomene regresive, stări de angoasă difuză, tulburări de identitate care sunt proiectate asupra propriului corp, fiind în raport direct cu imaginea de sine.*** Acestea se pot manifesta prin inspecția compulsivă a organelor genitale, controlul zilnic al greutății corporale, etc.

Această criză psihologică poate determina în același timp reapariția unor conflicte stinse, evidențierea unor tendințe opuse, a unor anxietăți mascate sau compensate care impun gravidei mari eforturi adaptative.

Toată această simptomatologie antrenează, la rândul ei, în mod secundar un tablou psihosomatic sau psihic extrem de polimorf, în care notăm următoarele: cefalee, dureri perineale, insomnii, plâns facil, indispoziție afectivă, iritabilitate, labilitate emoțională, oboseală, preocupări ipohondrice, etc. De asemenea, în perioada post-partum tinerele provenind din cuplurile fragile prezintă o frecvență mai mare a tulburărilor psihice: psihoza post-partum, depresia post-partum, psihoza de lactație.**Sarcina normală, implică deci nu numai un efort de compensare și adaptare somatică, ci și de modelare psihologică de care trebuie să se țină seama în îngrijirea prenatală și postnatală modernă.** Aceasta pentru că sarcina aduce nu numai un stres intern cu schimbări fiziologice dramatice, dar și un stres condiționat extern, acesta fiind determinat de noi responsabilități sociale și readaptări emoționale în cadrul familiei. (Ulett și Goodrich). D. Anzieu a insistat asupra acestor aspecte, pe care le raportează la o anumită schimbare a imaginii de sine. El pune accentul, în cazul situațiilor menționate, asupra unor importante lacune ce survin în cadrul procesului de individuație, legate de structurarea imaginii de sine ca Eu-fizic (moi-peau) individual, care se formează în cadrul cuplului marital ca o supra investire compensatorie a *învelișului psihic imaginar al cuplului*. În această situație, fiecare partener va funcționa față de celălalt în virtutea unei iluzii duale la care se raportează, căutându-și astfel un anumit tip de identitate, având ca origine senzațiile și afectele ce rezultă din întâlnirea și contactul empatetic unul cu celălalt.

Autenticitatea căsătoriei moderne rezidă, în societatea contemporană în ***impunerea unui stil de viață fără copii*** ce marchează mutația de la familia axată pe copii la familia axată pe adulți. Cu alte cuvinte, tendința este aceea de a extinde pe durata a cât mai mulți ani posibil (uneori chiar pe durata întregii vieți) absența unui copil în familie. În această categorie, nu se înscriu familiile care, din cauze obiective sunt în imposibilitatea de a avea un copil. Principalul motiv invocat de parteneri este ***dorința de a fi independenți în relația lor față de copil.*** Apariția unor copii determină restrângerea sferei activităților (în special cele profesionale și de loisir) precum și o serie de responsabilități parentale față de aceștia.

Un alt motiv este considerat, de mulți analiști a fi ***emanciparea femeii.*** Renunțând la poziția de gospodină casnică, supusă soțului și societății, se pare că multe femei au renunțat și la maternitate. Libertatea de a fi mamă, de a da viață, a fost înțeleasă

astfel ca o datorie față de ceilalți, față de umanitate în general. În fine, lipsa unui copil în familie poate fi motivată de dificultatea economică cu care indivizii sunt confruntață în societate: șomaj, lipsa unei slujbe stabile, venituri foarte mici, etc. Acestora li se adaugă lipsa unei politici sociale de încurajare și sprijinire a tinerilor căsătoriți. Dezorientați și descurajați tinerii au ajuns la concluzia că cel mai nefericit personaj dintr-o familie aflată într-o astfel de ipoteză este copilul, și sfârșește prin a renunța la el. (R. Slămnescu, 1994).

P. Iluț (1995) arată că mult mai mult decât micșorarea beneficiilor contează ridicarea costurilor implicate, în tendința actuală a cuplurilor de a avea copii puțini. Perioada de timp alocată menținerii sarcinii, nașterii, îngrijirii copiilor costă nu numai ca timp în sine, ci ca venit bănesc, fiindcă presupune întreruperea sau micșorarea drastică a muncii. Așa se explică, cel puțin în parte, de ce cu cât școlaritatea femeilor este mai ridicată, cu atât ele își doresc și implicit au un număr mai mic de copii. Și aceasta pentru că, pe femeile de un înalt profesionalism, renunțarea la slujbă sau întreruperea ei le costă mai mult decât pe cele cu o pregătire școlară mai redusă. Concluzionând, decizia cuplului privind numărul copiilor se bazează pe estimarea costurilor și beneficiilor date de un anumit standard al calității asumate. Din această perspectivă, proliferarea familiilor fără copii este o alternativă în parte dorită, în parte impusă.

4.6. Mecanisme compensatorii implicate în gestionarea crizei cuplului

Venirea unui copil pe lume trebuie privită din perspectiva nevoilor și șanselor sale de a se forma și dezvolta plenar. Dezvoltarea copilului depinde de măsura în care părinții sunt disponibili și doresc să fie prezenți și coparticipanți la acest proces atât din punct de vedere fizic cât și emoțional. Este o cerință care nu încetează de-a lungul tuturor vârstelor relației copil-părinte, chiar dacă nu se schimbă treptat modalitățile de expresie și manifestare a acesteia.

Dinamica și modificările comportamentului interacțional și psiho-sexual al cuplului variază pregnant în perioada prenatală, perinatală și post-natală.

Studiile de psihosexologie evidențiază următoarele modele teoretice în descrierea comportamentului psihosexual al cuplului în perioada prenatală, perinatală și postnatală:

- **În anul 1960 cercetătorii W.Masters V. Johnson** au descris un model al comportamentului sexual plecând de la studierea actului sexual tradițional (etapele fiziologice ale acestuia și efectele în plan psihologic).
- **În anii 1970–1980 cercetătorii Helen Singer Kaplan, Bernie Zilbergerd și Carol Rinkleib Ellison** au dezvoltat modelul comportamental sexual anterior punând accentul pe aspectele psiho-emoționale: dorința și satisfacția. Unele studii concretizează că momentul de vârf în starea emoțională poate să coincidă sau nu cu destinderea fiziologică din timpul orgasmului.
- **David Reed** a descris un model bazat exclusiv pe trăirea afectivă din timpul actului sexual intitulat **Modelul stimulării erotice**. Acesta cuprinde următoarele elemente: seducția, senzațiile erotice, cedarea și reflectarea.
- **În lucrarea *Femeile care iubesc sexul*, Gina Odgen descrie un alt model pornind de la descrierile experiențelor sexuale ale femeilor.** Odgen

imaginează reacţiile sexuale ca pe 3 sfere de energie care dansează împreună: plăcerea, orgasmul şi extazul.

- Aceste 3 cercuri care se suprapun parţial indică posibilitatea de a încerca plăcerea fără orgasm, orgasmul fără extaz, etc.

În unele cazuri, mai ales în situaţiile în care doresc să conceapă un copil, partenerii parcurg de cele mai multe ori toate aceste etape.

Reacţiile sexuale sunt legate de intimitate, dorinţă, imaginaţie, stimularea întregului corp, satisfacţie şi alte trăiri afective. În afară de reacţiile fizice şi emoţionale, Odgen explorează aspectele spirituale ale actului sexual..

Extazul poate fi o experienţă transcedentală sau doar una legată de corp, ea poate fi descrisă mai uşor în termeni poetici şi mistici decât în limbaj fiziologic.

Una dintre gravide afirma: *Când încercam să rămân însărcinată am descoperit că actul sexual era deosebit de senzual deoarece mă gândeam că acesta poate fi momentul când spermatozoizii lui vor întâlni ovulul meu pentru o cuplare extrem de intimă. Îmi simţeam întregul corp liber şi descătuşat.*

Pentru cele mai multe femei care acceptă graviditatea şi îşi doresc copilul, perioada de traversare către rolul de mamă este privită ca pe o experienţă pozitivă. Tinerele mame vorbesc despre avantajele şi satisfacţiile rolului de mamă, plăcerea de a participa la creşterea copiilor, dragostea primită de la aceştia, satisfacerea trebuinţelor de afiliere, intensitatea trăirilor afective alături de copil. Aspectele negative asociate exersării rolului matern se referă la limitarea petrecerii timpului liber şi scăderea posibilităţilor de satisfacere a intereselor personale. (Brown, 1994)

Cele mai multe cupluri arată că în perioada post-partum, mai ales în primle 6 luni, viaţa lor este dedicată exclusiv copilului în încercarea de satisfacere a trebuinţelor biologice şi afective ale acestuia şi reglarea comportamentului lor de cuplu în concordanţă cu noile roluri sociale, cele de părinţi.

Este de aşteptat ca dificultăţile în relaţionarea cu copilul să afecteze şi relaţia de cuplu, satisfacţia sexuală şi maritală.

O serie de cercetări (Brown, 1994) demonstrează că includerea primului copil în relaţia diadică dintre parteneri, duce la o descreştere a calităţii relaţiei maritale.

Perioada de graviditate şi apoi naşterea sunt asociate cu creşterea riscurilor de a dezvlta o depresie post-natală în proporţie de 13% (după studiile lui Ohara şi Swain, 1996). Elliott şi Watson (1985) vorbesc despre o relaţie emergentă între depresia post-natală şi scăderea interesului pentru relaţiile sexuale în timpul primului an după naşterea copilului.

Psihoigiena copilului începe cu măsurile aplicate celor doi parteneri ai cuplului, viitorii părinţi, dar în special femeii gravide.

Personalitatea şi starea emoţional-afectivă, metabolismul femeii, ritmul somn-veghe sunt aspecte esenţiale legate de dezvoltarea ulterioară a viitorului copil precum şi de perioada de embriogeneză. În acest sens, următoarele aspecte prezintă o valoare deosebit de mare: statutul marital al femeii gravide, modul în care aceasta a conceput copilul, dorinţa femeii de a avea sau nu copii, sănătatea fizică şi psihică a viitoarei mame, anturajul familial, social şi profesional al femeii, modul de alimentaţie al gravidei, utilizarea de alcool, cafea, tutun, droguri, medicamente etc., eventualele afecţiuni intercurente (infecţioase, toxice, traumatisme, boli psihice, etc.,) care pot afecta cursul

sarcinii, eventualele tratamente urmate de femeie în cursul sarcinii care pot avea efecte asupra copilului, avorturile anterioare sarcinii, (avorturile spontane sau avorturile provocate, inclusiv, încercările nereuşite de întrerupere a cursului sarcinii).

În sensul acesta, măsurile de psihoigienă care se impun sunt următoarele:

- pregătirea psihologică a femeii în vederea naşterii,
- pregătirea femeii pentru a primi ca perspectivă statutul de viitoare mamă,
- pregătirea şi asigurarea unor circumstanţe pozitive ale momentului naşterii,
- consilierea psihologică post-partum şi în special o atenţie deosebită acordată, stării emoţional-afective din perioada de lactaţie,
- instituirea unei atmosfere de calm, de echilibru, favorabilă mamei şi copilului,
- un rol deosebit este acordat modului în care sunt întâmpinate naşterea şi intrarea noului copil în grupul familial.

CAPITOLUL 5:
Psihoprofilaxia obstetricală

5.1. Psihoprofilaxia obstericală – domeniu de studiu al psihologiei sănătăţii

Din perspectiva lui Joseph Matarazzo ***psihologia sănătăţii*** reprezintă un set de contribuţii specifice în plan educaţional, ştiinţific şi profesional, inclusiv a disciplinelor psihologice, cu scopul de a promova şi menţine sănătatea, prevenţia şi tratamentul bolilor, identificarea diagnosticelor etiologice, precum şi a relaţiilor dintre etiologie, sănătate, boală şi disfuncţiile corespunzătoare. Această definiţie încearcă să pună în echilibru:

– Sistemul de ocrotire a sănătăţii şi
– Sistemul de politici pentru sănătate.

Psihologia sănătăţii este un domeniu major al vieţii, al studiilor psihosociale-de aceea, teoriile şi cercetările recente, după cum arată Răşcanu R.(2001), au în vedere aspecte diverse, variate şi importante:

- dorinţe, credinţe şi explicaţii legate de sănătate,
- comunicare: mesaje şi semnificaţii în domeniul medico-sanitar,
- complianţă şi autoritate,
- imunizarea şi apărarea organismului,
- promovarea sănătăţii.

Încercările specialiştilor din diverse domenii, de regulă cercetări de tip interdisciplinar, de a pune unele accente în problemele teoretice şi metodologice ale activităţii din acest domeniu devin interfaţa dintre cercetare şi practică. Psihologii care au dorit să identifice tendinţele în evoluţia concepţiilor despre sănătate-boală au imaginat o serie de experimente şi o varietate de perspective teoretice pentru a surprinde explicaţiile populare despre tendinţele legate de boală. Frecvent facem aprecieri despre propria noastră sănătate în termeni medicali. Suntem fie bolnavi, fie sănătoşi şi ştim în ce stare ne aflăm datorită indicilor (semnelor) primite de la propriul nostru corp. Totuşi, după părerea multor autori, sănătatea reprezintă atât o problemă medicală, cât şi o importantă problemă psihologică. Faptul că sănătatea face parte integrantă din domeniul psihologic, dar şi din cel al medicinii, al psihiatriei a dat naştere domeniului numit psihologia sănătăţii. Studiul psihologic al sănătăţii ţine seama de patru direcţii importante:

1. promovarea şi menţinerea sănătăţii,
2. prevenirea şi tratarea bolilor,
3. identificarea cauzelor şi corelativelor sănătăţii, precum şi a bolilor şi a altor disfuncţii,

4. îmbunătăţirea sistemului medico-sanitar şi conştientizarea (consolidarea) interesului pentru sănătate.

O importantă lecţie a psihologiei sănătăţii este aceea că sănătatea nu reprezintă doar o problemă medicală, ci şi o stare bio-psiho-socială. În conformitate cu modelul bio-psiho-social, starea de sănătate a unei persoane este o interacţiune complexă a mai multor factori:

- factori biologici (cum ar fi predispoziţia genetică spre o anumită boală sau expunerea la un anumit virus),
- factori psihologici cum este stresul, şi
- factori sociali cum ar fi suportul social pe care o anumită persoană îl primeşte sau nu de la rude şi prieteni.

Încă din 1970, Departamentul American de Sănătate, sub conducerea Patriciei Harris a dezvoltat un set de obiective pentru îmbunătăţirea sănătăţii populaţiei din SUA. Aceste obiective-reguli au constituit ţinta unor intervenţii ale serviciilor locale de sănătate. Se poate constata uşor că unele dintre ele implică schimbări în regimul de viaţă şi în comportamentul uman cotidian.

Dintre acestea menţionăm:

1. Implementarea programelor efective de planificare familială (planning familial),

2. Elaborarea unor programe pentru îmbunătăţirea serviciilor sanitare şi de consiliere psihologică pentru femeile însărcinate şi copii,

3. Elaborarea unor programe efective pentru imunizare pentru copii şi adulţi predispuşi la boli.

4. Educarea adolescenţilor şi adulţilor cu privire la controlul bolilor cu transmitere sexuală.

Asistenţa datorată viitoarei mame pe tot parcursul gestaţiei, ca şi a naşterii propriu-zise necesită asumarea unor importante obiective de natură psihologică lamentabil neglijate încă de lumea medicală. Astfel se recomandă nu numai contabilizarea parametrilor săi fiziologici, dar şi testarea sa psihică (cf. Verny şi Kelly, 1982, apud. Munteanu A.) Este recomandabil ca încă de la începutul sarcinii, gravida să cunoască unele date esenţiale despre naştere, cine este medicul şi mai ales moaşa care o va asista, în ce unitate spitalicească se va desfăşura evenimentul, prin ce metodă va naşte, dacă soţul are acces în sală, dacă i se va permite copilului să rămână lângă ea după naştere. Procedând la *o ierarhizare a principalelor tipuri de naştere*, D. B. Cheek şi colab (apud. Verny, Kelly, Munteanu) menţionează următoarea configuraţie:

- **naşterea pe cale naturală, fără riscuri,**
- **naşterea prin cezariană**, care în pofida unei mode mult răspândite la un moment dat, s-a dovedit doar o alternativă de ultimă instanţă, deoarece privează copilul de acele inegalabile trăiri senzuale, cu care se acompaniază naşterea normală, trăiri pe care nimic nu le va mai putea compensa ulterior. Indivizii născuţi pe această cale vor prezenta unele carenţe în percepţia spaţiului şi a propriei scheme corporale, în plus, se vor caracteriza prin exacerbarea nevoii de tandreţe şi de căldură umană (inclusiv de contact fizic prin îmbrăţişare);
- **naşterea în prezentaţie pelvină,**

* **naşterea cu circulară de cordon pericervicală** provoacă pentru scurt timp jugulări terifiante ale fluxului respirator, ce pot marca individul printr-o serie de tulburări psihice sau prin apariţia unei sensibilităţi exagerate la nivelul gâtului, concretizată prin deglutiţie anevoioasă, faringite, laringite, etc.
* **naşterea prematură** care comportă un grad de risc cu atât mai accentuat cu cât imaturitatea produsului de concepţie este mai mare.

În principiu se acceptă că un copil născut înainte de a 32 a săptămână de sarcină este prematur. Desigur acest lucru se acompaniază de carenţe fizice şi psihice.

Într-o cercetare realizată în Germania de către D. Walke şi R. Mayer (pe un lot de 264 de copii născuţi prematur, cercetare ale cărei rezultate au fost publicate în revista "Psihologia heute" (ianuarie, 1998, apud. Munteanu), se pun în evidenţă câteva aspecte interesante. Mai întâi s-a constatat că handicapul prematurităţii nu poate fi total eliminat chiar dacă după naştere, copilul respectiv beneficiază de condiţii socio-umane optime. Mai apoi s-a demonstrat că faţă de copiii născuţi la termen, cei prematuri înregistrează rezultate mai slabe în privinţa coeficientului de inteligenţă, al limbajului (capacitate de înţelegere, articulare şi vorbire), al prelucrării informaţiilor simultane etc., în schimb rămân neafectate capacitatea de învăţare şi dezvoltare la copilul născut prematur. Autorii respectivi atrag atenţia şi asupra efectelor lamentabile pe care terapia intensivă o exercită asupra prematurilor (prin excesul de lumină, zgomot şi manevre medicale versus absenţa suportului uman, ceea ce o transformă într-o veritabilă terapie invazivă. În concluzie, se optează pentru un tratament mai blând, mai îndelungat, adică mai puţin stresant, ce potenţează şansele de recuperare a copilului prematur.

Specialiştii manifestă rezerve în legătură cu naşterea provocată deoarece, atât mama cât şi copilul reacţionează contratimp iar această lipsă de sincronizare a conduitelor aferente naşterii îngreunează desfăşurarea ei, dar în acelaşi timp prejudiciază calitatea ataşamentului ce se instituie firesc între mamă şi copil. Spre deosebire de majoritatea autorilor care apreciază durerea la naştere ca un postulat, ca o realitate a cărei evidenţă nu mai trebuie demonstrată, Read în lucrarea ***Naşterea naturală*** porneşte de la premisa că naşterea este în mod natural indoloră (fără durere).

Desigur, elemente religioase, precum şi factorii socio-culturali au dezvoltat şi condiţionat durerea, conferindu-i în acelaşi timp un caracter mitic şi implacabil. Din aceste motive, metodele de psihoprofilaxie obstetricală îşi propun ca scop indolorizarea naşterii, sau înlăturarea durerilor cu caracter patologic, demobilizator şi destructiv.

În cadrul acestor măsuri, contribuţia medicinii psiho-somatice la îngrijirea obstetricală este acum recunoscută pe scară largă iar printre promotorii metodelor de psihoprofilaxie a durerilor naşterii pot fi menţionaţi Helen Deutsch, Velvovski, Thomas, Nicolaiev, Buxton, Watteville, Bonstein, Chertok şi alţii.

5.2. Metode psiho-profilactice

Metodele de psiho-profilaxie pot avea fie un conţinut şi o orientare educativă (mijloace psiho-profilactice) susţinute de medici sau de asistente din secţiile de obstetrică (moaşe), fie o orientare individualizată, bazată pe consiliere şi psihoterapie susţinute de psihologi, consilieri maritali sau psihoterapeuţi. Cursurile de educaţie prenatală

organizate pe o durată de timp mai îndelungată au rolul de a optimiza starea somatică şi psihologică a gravidei astfel încât aceasta să fie capabilă să depăşească cu succes momentul de criză al travaliului, având în acelaşi timp, disponibilitatea să trăiască satisfacţiile oferite de naştere. Programul educativ se va desfăşura în mod diferenţiat în funcţie de nivelul de instrucţie şi gradul de cultură al gravidelor, ţinându-se totodată seama de vârsta sarcinii.

După o experienţă realizată cu 2000 de gravide, Curtois şi Marty (1986) preconizează 8 etape de pregătire, începând din a 25-a săptămână de sarcină. Fiecare şedinţă cuprinde o parte teoretică şi una aplicativă, ele fiind conduse de o echipă de specialişti alcătuită din: psiholog, medic sau asistentă medicală (moaşă) şi un kinetoterapeut. Prin aceste întâlniri se realizează o atmosferă de încredere, calm şi cooperare între gravidă şi obstetrician, înlăturându-se tabuu-urile naşterii, diminuându-se în mare măsură anxietatea, responsabilă de tensiune şi durere.

Executarea corectă a exerciţiilor prevăzute în cursurile de educaţie prenatlă are o influenţă favorabilă asupra fătului, ştiut fiind că decontracturarea oportună şi eficientă asigură o bună oxigenare a mamei şi o hematoză corespunzătoare, ducând la dispariţia anoxiei şi reanimării neonatale.

Acest lucru este esenţial pentru viaţa şi viitorul psihic al fătului, întrucât, chiar în condiţiile unei naşteri corect asistate, anoxia determină o treime din cazurile de mortalitate infantilă.

Optimizarea asistenţei femeii gravide presupune generalizarea cursurilor de pregătire atât în vederea naşterii propriu-zise cât şi pentru însuşirea unor cunoştinţe indispensabile îndeplinirii rolului său matern. Există astăzi o multitudine de metode prin care gravida îşi exersează capacitatea de a-şi armoniza trupul şi psihicul pentru ca naşterea să se desfăşoare în condiţii cât mai suportabile.

5.2.1. Metoda Lamaze

Metoda Lamaze a pregătirii pentru naştere, psihoprofilaxis, este cea mai des întâlnită metodă din Statele Unite. Metoda psihoprofilactică a fost mai întâi folosită în Rusia de dr. Nicolaiev şi Velvosky. Este bazată pe teoria lui Pavlov, cea a reflexelor condiţionate.

Ferdinand Lamaze, obstretician francez, a studiat tehnica în Rusia şi a introdus-o în Franţa. Metoda a fost introdusă în Statele Unite la sfârşitul anilor 1950 după ce americanca Marjorie Karsuel a scris o carte despre experienţa sa de naştere Lamaze. Alături de ea, Elizabeth Beng a avut mare succes în metoda Lamaze în Statele Unite şi în formaţiunea pentru psihoprofilaxie în obstetrică.

Bazele teoriei

Dr. Lamaze a definit durerea în timpul travaliului naşterii ca un răspuns condiţionat ce poate fi diminuat formând noi răspunsuri condiţionate care să contraatace şi să elimine durerea. Alţi factori care pot contribui la producerea durerii sunt *credinţele despre naştere* şi *frica de durere* sau complicaţii, care rezultă în primul rând din lipsa de cunoştinţe despre travaliu şi procesul naşterii. De aceea, un prim scop în metoda Lamaze, este eliminarea *fricii* în timpul travaliului şi în procesul naşterii. O mare parte a

travaliului poate fi desfăşurată prin stimularea unor reflexe condiţionate prin *tehnicile de respiraţie din timpul contracţiei. Tehnicile de respiraţie* nu numai că funcţionează ca activitate deversă ci inhibă stimulul de durere, dar produc şi oxigenul adecvat şi încurajează relaxarea. O *atitudine pozitivă* se reflectă în toate componentele psihoprofilaxiei, care readuce la normal comportamentul.

O parte integrantă a activităţii desfăşurate de Lamaze International se axează pe o filozofie fundamentală a naşterii, fundamentată pe următoarele principii:

- Naşterea este normală, naturală şi sănătoasă.
- Experienţa de a da naştere afectează profund femeile şi familiile acestora.
- Naşterea se desfăşoară în condiţii de siguranţă numai în maternităţi.
- Cursurile de educaţie prenatală îi vor oferi femeii puterea de a lua decizii în ceea ce priveşte asistenţa medicală pe care o va primi, îi vor oferi posibilitatea de a-şi asuma responsabilitatea sănătăţii sale şi o vor învăţa să aibă încredere în înţelepciunea sa interioară.

Tehnici psihoprofilactice specifice Metodei Lamaze

Exerciţii pentru corp: pregătirea muşchilor şi tonifierea musculară în perioada dinaintea naşterii.

Relaxarea activă: relaxarea muşchilor corpului în mod conştient sau prin sugestie.

Punctul focal: creşterea concentrării şi îndreptarea atenţiei spre altceva decât spre contracţiile musculare din timpul travaliului.

Tehnici de respiraţie: practicarea de către gravidă a tuturor formelor respiraţiei, astfel obţinându-se un supliment de oxigen necesar atât mamei cât şi copilului.

Măsuri pentru confort: eliminarea disconfortului în timpul travaliului

Asistenta Lamaze: are rol de ajuto

r, încurajare, înţelegere şi asistenţă în folosirea celorlalte metode.

Medicamente: calmante pentru producerea relaxării şi confortului pentru ca celelalte metode să poată fi folosite mai eficient (Dr. Lamaze se referă la metoda psihoprofilactică ca la o manevră analgezică şi crede că folosirea medicamentelor nu este necesară când metoda este aplicată corect).

Orele de Lamaze vor promova naşterea *ca pe o experienţă pozitivă şi vor încuraja comunicarea şi ajutorul în cuplu.* De asemenea, sunt discutate în detaliu schimbările fiziologice şi psihologice care au loc în timpul naşterii. Sunt discutate şi alte metode ca: cezariana, folosirea instrumentelor la naştere, extracţia. Informaţia oferă parturientei cunoştinţe adecvate şi reduce neliniştea atunci când se foloseşte o altă modalitate a naşterii, decât cea naturală. Orele din *programul postnatal* oferă sfaturi pentru proaspeţii părinţi, pentru hrănirea copilului, reglări postnatale, contracepţie.

Scopul clientei: succesul clientei în pregătirea naşterii se bazează pe scopurile ei individuale de a privi naşterea ca pe o experienţă şi pe abilitatea ei de a folosi cunoştinţele şi priceperile câştigate în timpul programului de pregătire Lamaze. Antrenorul Lamaze va aborda flexibil în metodele de relaxare, şi va asista clienta în stabilirea scopurilor reale pornind de la cunoaşterea necesităţilor ei individuale.

În orele Lamaze sunt învăţate *5 tehnici de respiraţie, primele 4 specifice travaliului şi ultima, respiraţia din timpul naşterii:*

– *respirația înceată, calmă;*
– *respirația calmă, modificată;*
– *respirația treptată ușoară;*
– *respirația treptată modificată;*
– *respirația din timpul nașterii.*

În practicarea tehnicilor de respirație sunt utile următoarele observații:

1. Respirația nu se face în mod individual; relaxarea este cheia succesului;

2. Întotdeauna se începe cu o respirație ușoară pentru că are un efect psihologic de calmare și diminuează efectul de stres. După aceea, respirația nu este nevoie să fie folosită într-o anumită ordine, ci trebuie să se folosească tehnica cea mai accesibilă.

3. Asistenta Lamaze trebuie să asiste gravida în alegerea modului de respirație.

4. Respirația trebuie să fie făcută într-un mediu calm, relaxant, cu muzică liniștită. Folosiți muzica care vă place. Lucrând pe o muzică liniștită în asociere cu relaxarea, veți avea succes în timpul travaliului;

5. În practicarea exercițiilor de relaxare trebuie atent monitorizat modul de respirație: gravida trebuie să practice o respirație liniștită, să se folosească o respirație normală, adâncă și ușoară, inspirând pe nas și expirând pe gură pentru relaxare; să se observe cum diferite poziții afectează respirația și să se folosească această informație în timpul travaliului.

În concluzie, Metoda Lamaze ajută femeia investind-o cu un rol activ și responsabil pe tot traseul travaliului și al expulziei. În consecință, printr-un antrenament liber asumat și urmărit cu sârguință și stoicism, gravida își însușește unele tehnici de relaxare musculară și de respirație, care îi vor permite să își estompeze chinurile provocate de contracții, dar în același timp să își domine sentimentele de teamă și insecuritate.

5.2.2. Metoda Bradley

Metoda Bradley deplasează accentele dinspre antrenamentul fizic către cel psihologic, urmărind realizarea unui climat afectiv, absolut necesar. Ca urmare, nașterea nu mai este privită ca un episod sumbru, dramatic, ci ca o veritabilă sărbătoare în care triumfă coeziunea și spiritul de echipă, ce se instituie cu această ocazie, nu numai între membrii familiei ci și între aceștia și personalul medical. Metoda insistă pe necesitatea asanării vieții afective a cuplului de toate asperitățile și dizarmoniile acumulate. Această metodă folosește multe tehnici similare psihoprofilaxiei lucrând natural cu corpul și folosindu-se tehnici de respirație adâncă, relaxare și antrenare a condiției fizice. Folosirea medicamentelor este interzisă. În plus, femeia este invitată ca în timpul travaliului să nu își reprime și cu atât mai puțin să nu își intelectualizeze trăirile, ci să le exprime cât mai liber. Chiar dacă este subsidiară, pregătirea fizică a gravidei nu rămâne total neglijată, dovada este setul de mișcări abdominale și pelvine pe care viitoarea mamă trebuie să le deprindă în vederea nașterii. Concomitent ea este instruită și în privința unor norme alimentare majore ce trebuie respectate (Munteanu. A).

5.2.3. Metoda psihosexuală

Metoda Psihosexuală a fost elaborată de Sheila Kitzinger şi se bazează pe a credinţa că naşterea face parte din spectrul sexualităţii vieţii unei femei.

Ea asociază faptul de a fi însărcinată cu întreaga dimensiune psihosexuală a femeii şi relaţia ei cu familia. Imaginaţia este una din tehnicile majore folosite pentru relaxare. De asemenea este folosită şi exersarea relaxării împreună cu persoana care ajută folosind stimularea tactilă pentru diminuarea tensiunii. O altă arie este relaxarea perineului prin slăbirea voluntară a muşchilor perineali.

5.2.4. Metoda Leboyer

Metoda Leboyer a fost lansată de autorul ei într-o carte celebră: *«Pour une naissance sans violance»* din anul 1974 care s-a bucurat de o largă audienţă. Această metodă se individualizează prin câteva amănunte semnificative (cf. Munteanu, A.). Concret este vorba de uzanţa unor mici strategii cu efecte pozitive neaşteptate. Mai întâi că, întregul ritual al naşterii se consumă într-o lumină difuză, discretă, şi fără stridenţe sonore. Imediat după expulzie şi înainte de pensarea ombilicului, noul născut este plasat pe abdomenul matern şi mângâiat cu blândeţe. După 4–5 minute se procedează la secţionarea cordonului ombilical, după care i se face prima baie şi nou-născutul este înfăşat.

5.2.5. Metoda Ceaikovsky

Metoda Ceaikovsky, a naşterii sub apă a fost iniţiată de autorul ei în urmă cu peste un sfert de veac şi încearcă să salveze naşterea de excesele tehnologizării, redându-i o parte din contururile ei naturale.

Pentru a beneficia de această formulă, gravida trebuie să dobândească în prealabil o serie de abilităţi, inclusiv să îşi învingă teama faţă de apă. Naşterea se desfăşoară de preferinţă într-un cadru natural (mare, lac, etc.) fiind asistată de câteva persoane apropiate. Plasarea femeii într-un mediu acvatic îi atenuează virulenţa durerilor provocate de contracţii şi îi conferă o mare dezinvoltură şi libertate în mişcare, ceea ce îi uşurează expulzia copilului.

La rândul său, bebeluşul, născut în asemenea condiţii are parte de un mediu postnatal comparabil cu cel uterin. Încă înainte de tăierea ombilicului, unii dintre nou născuţii respectivi au fost antrenaţi împreună cu mamele lor la cea dintâi lecţie de înot subacvatic. Naturaleţea şi abilitatea mişcărilor probate de ei în acest dans insolit, certifică ideea că apa este leagănul vieţii. Exigenţele metodei nu se întrerup odată cu încheierea naşterii propriu-zise, deoarece copiii în cauză vor fi supuşi unui program de gimnastică specială, menită să le dezvolte nu numai vigoarea, supleţea, elasticitatea trupului ci şi robusteţea şi armonia spiritului.

Umanizarea naşterii poate fi realizată nu numai prin utilizarea acestor metode cu destinaţie precisă, ci şi a unora care deşi au fost concepute din cu totul alte motive pot deservi la acest nobil deziderat (diverse tehnici de respiraţie yogină, controlul mental Silva, sofrologia). (Munteanu, A., 1998)

În legătură cu sarcina şi actul naşterii, ca atare, sofrologia (care urmăreşte obţinerea unei armonii depline între trei instanţe majore ale umanului: trupul, psihicul şi spiritul) reiterează câteva exigenţe (R. Abrezol, 1988, apud. Munteanu A., 1998):

• Pregătirea gravidei pentru acest eveniment să înceapă prin modalităţi adecvate, încă din primele săptămâni de gestaţie. Astfel se pune problema ca viitoarea mamă să-şi însuşească unele tehnici de relaxare şi respiraţie corectă, dar şi arta de a privi naşterea în perspectiva unei gândiri pozitive. Concret, în timpul unor exerciţii de relaxare profundă, femeia trebuie să îşi programeze desfăşurarea momentului respectiv, apelând la cele mai optimiste culori,

• Pe toată durata gestaţiei, mama să probeze permanent faţă de copilul pe care îl poartă un comportament tandru şi atent, concretizat în mesaje pline de afecţiune, securitate şi optimism la care să se adauge obiceiul de a audia frecvent partituri muzicale suave şi de a vorbi cât mai mult fetusului;

• Cât priveşte poziţionarea femeii în timpul naşterii propriu-zise, sofrologia recomandă statul pe vine, ca fiind varianta cea mai optimă deoarece presiunea suplimentară de care se însoţeşte această postură, sporeşte eficacitatea contracţiilor, iar copilul suferă mai puţin, fiind plonjat mai repede afară.;

• Având în vedere că primele minute de existenţă postnatală sunt capitale pentru destinul general al copilului respectiv, naşterea trebuie să se desfăşoare într-un climat securizant şi cât mai ospitalier, cu lumină dulce, odihnitoare, şi pe un fond muzical discret dar învăluitor. Noul născut este aşezat imediat după naştere în contact cu trupul matern, fără a-i întrerupe încă legătura prin cordonul ombilical. Deoarece nou-născutul este capabil să recunoască cu promptitudine vocile părinţilor săi se recomandă ca pe timpul naşterii să vorbească numai aceştia, restul asistenţei rămânând în tăcere. Dacă şi tatăl a frecventat cursurile pregătitoare ale naşterii, alături de partenera sa, el este cel care va întrerupe legătura ombilicală cu mama, făcându-i prima baie şi apoi îmbrăcându-l.

Trecând în revistă tehnicile menţionate, constatăm că ele prezintă şi un alt avantaj, deloc neglijabil, şi anume acela că pe parcursul travaliului şi al naşterii propriu-zise nu trebuie să se apeleze pentru a estompa durerile la tot felul de medicamente (a căror nocivitate asupra copilului a fost dovedită cu prisosinţă) deoarece uzitează de mijloace prin excelenţă netraumatizante.

5.3. Psihoprofilaxia travaliului

Teama de naştere a existat dintotdeauna şi oricât de dorit ar fi copilul, nu există femeie, care aflată în această situaţie să nu o fi trăit mai mult sau mai puţin dramatic. Indiferent că se manifestă sub formă de *grijă intensă* care este focalizată asupra viitoarelor dureri sau este lipsită de un conţinut bine precizat (anxietate), fie că este legată de o disfuncţie somatică (angoasă) sau integrată într-un *sindrom nevrotiform de prepartum*, ea este omniprezentă.

Dacă trecerea de la copilărie la adolescenţă decurge însă în mod treptat, trecerea la maternitate are loc în mod relativ brusc, fiind marcată de momentul sarcinii. Deseori, tânăra, înconjurată de grijă şi afecţiune este transpusă în situaţia de a avea grijă şi de a

acorda afecţiune. Vechile obişnuinţe, deprinderi sau obiceiuri sunt rapid dislocate de o situaţie ce impune noi relaţii, noi obligaţii şi mai ales un efort adaptativ.

În cadrul acestuia, vechile temeri şi conflicte refulate sunt acum actualizate, momentul naşterii- de un fragil echilibru fizic şi psihologic- oferindu-le teren propice de manifestare. Într-adevăr, noţiunea de criză găseşte în situaţia psihosomatică de sarcină şi puerperiu, una din cele mai elocvente accepţiuni.

Acţiunea psihoterapeutică are ca prim scop dedramatizarea şi demitificarea naşterii prin crearea unei viziuni realist-ştiinţifice şi realizarea unei stări psihice de calm şi încredere.

Unii autori, accentuând caracterul raţional al acţiunii psihoterapeutice *resping ideea conform căreia orice durere în timpul naşterii este normală (Earn, 1985).* În acest sens, considerăm că parturienta trebuie să ştie că există o *durere obişnuită, suportabilă,* determinată de contracţiile uterine şi o *durere supraadăugată,* condiţionată, sporită de teamă, spasm şi deznădejde, care îmbracă un caracter patologic, dar care poate fi înlăturată. Aceasta se poate realiza prin diferite tehnici de concentrare mentală ce oferă posibilitatea unei autorelaxări psihofizice controlate.

5.4. Programe de asistenţă diferenţiată în timpul naşterii

Aceste programe se practică în clinicile din Statele Unite ale Americii dar pot fi adaptate şi pentru alte centre în care se practică consilierea psihologică pre şi postnatală.

5.4.1. Programul pentru naşterea prin cezariană

La cursurile din programul pentru naşterea prin cezariană pot participa tinerele care fie au avut o naştere prin cezariană, fie anticipează una. Ele sunt asemănătoare cu programul de pregătire a unei naşteri normale pentru a pregăti clienta din punct de vedere fizic şi psihic.

Operaţia cezariană îşi are originea în obiceiul romanilor (din timpul împăratului roman Cezar) care, în cazul unul accident, tăiau cadavrul gravidei pentru a salva copilul.

Copilul se naşte practicându-se o incizie în abdomenul şi uterul mamei. Uneori cezariana este programată dinainte, alteori decizia este luată de urgenţă, pentru că travaliul nu progresează normal sau copilul suferă.

Printre motivele pentru care se alege operaţia cezariană se pot include:

- Suferinţa fetală atunci când copilul are dificultăţi din pricina travaliului sau comprimării cordonului ombilical,
- Probleme ale placentei (placenta previa),
- Prezentare anormală în care copilul stă cu fesele sau picioarele la intrarea pelvisului, deşi uneori poate fi repoziţionat, rotit pentru a permite o naştere vaginală, normală,
- Disproporţie între capul prea mare al copilului şi pelvisul prea mic al mamei,
- Boli ale mamei ca diabetul sau herpesul genital, activ.

Conținutul programului

Un aspect pozitiv este faptul că acest program se referă la naşterea prin cezariană ca la una normală, nu ca la o operație. Multe tinere care au trecut printr-o astfel de experiență nu se simt bine, fie pentru că nu au fost pregătite pentru o astfel de naştere, fie pentru că au fost pregătite pentru o naştere vaginală şi a fost necesară una prin cezariană. Prin deschiderea discuției despre o astfel de naştere, clientei i se dă posibilitatea de a identifica şi de a vorbi despre sentimentele ei, negative sau pozitive în legătură cu *naşterea prin cezariană.*

Relaxarea este importantă atât în cazul naşterii naturale cât şi în cazul naşterii prin cezariană. De cele mai multe ori gravida se află într-o stare mai accentuată de stres şi tensiune în naşterea prin cezariană datorită anticipării nervoase a chirurgiei, a temerii de durere şi a complicaţiilor.

5.4.2. Programul pentru adolescentele gravide

Numărul adolescentelor gravide continuă să crească. Pentru a cunoaşte necesitățile acestora este nevoie să li se asigure *oportunitățile speciale educaționale.* Multe spitale le oferă pregătire şi departamentele publice de sănătate realizează programe educaționale la cererea acestora.

Adolescenta însărcinată are nevoie de informații în legătură cu hrănirea şi îngrijirea prenatală pentru a-şi asigura sănătatea în timpul sarcinii. Grupurile de ajutor sunt valabile şi pentru mamele singure.

Programul de pregătire a naşterii o face pe tânără să se simtă binevenită şi comfortabil pentru ca ea să beneficieze de această experiență. De multe ori ea nu primeşte ajutor de acasă, de la părinți sau de la partenerul său şi atunci manifestă o atitudine de teamă şi respingere a copilului.

O categorie aparte de gravide care necesită asistență suplimentară o reprezintă tinerele care consumă tutun, alcool sau cafea în timpul sarcinii. Fumatul în timpul sarcinii, în special în primul trimestru, creşte riscul multor complicații ca: sângerare vaginală, avort, implantarea anormală şi dezlipirea prematură a placentei, ruperea prematură a membranelor şi naşterea prematură. Fumatul îngreunează nutriția fătului prin îngustarea vaselor uterine de către nicotină. Fumatul lezează creierul în dezvoltare al fătului. Copiii gravidelor fumătoare au greutatea şi circumferința capului mai mici la naştere, risc crescut de apnee (oprirea respirației) şi de moarte subită în leagăn, o dezvoltare mintală scăzută la un an, coeficient de inteligență scăzut, performanță intelectuală scăzută şi mai multe probleme de comportament (de ex. copiii hiperactivi) în timpul şcolii, comparativ cu cei ai mamelor care nu fumează. Când fumează gravida, fumează şi fătul, bătăile inimii sale cresc, în schimb el nu se poate dezvolta suficient, din lipsă de oxigen.

Efectele fumatului asupra sarcinii sunt proporționale cu numărul de țigări consumate. Reducerea țigărilor poate fi iluzorie, pentru că deseori fumătoarea compensează inhalând mai adânc şi mai des, la fel se întâmplă când trece la țigări cu nicotină sau cu gudron scăzute.

Fumatul este o dependență, nu o obişnuință. Dependența este greu de abandonat, aproape fiecare celulă din corp este influențată de nicotină. La această dependență fizică se adaugă şi cea psihică – de senzație plăcută în timpul fumatului.

Chiar şi fumatul în jurul gravidei îi agravează greţurile şi influenţează fătul. Dacă soţul sau altcineva fumează în aceeaşi încăpere, fătul va fi la fel de afectat, ca şi cum ar fuma gravida.

Recomandări din timpul programului antifumat

- *Insistă ca soţul să se lase de tutun cu câteva luni înainte de a concepe copilul.*
- *Gravidele ar trebui să aibă dreptul legal la un mediu nepoluat cu tutun la locul de muncă şi în alte locuri publice; insistă ca rudele, prietenii şi colegii să nu fumeze în aceeaşi cameră cu tine.*
- *Momentul cel mai bun pentru a renunţa la tutun este înainte de a deveni gravidă deoarece primele săptămâni de sarcină sunt esenţiale pentru dezvoltarea copilului.*
- *Deşi renunţarea la tutun poate fi unul dintre lucrurile cele mai dificile din viaţa ta, mesajul clar este: Nu fuma!*

Alcoolul este un drog care poate leza atât spermatozoizii şi ovulele înainte de concepţie cât şi embrionul în dezvoltare. El trece uşor de la gravidă la făt care îl elimină de două ori mai lent. Alcoolul consumă unele substanţe nutritive şi vitamine care ar trebui să hrănească fătul. Nu se cunoaşte doza minimă de alcool pe care fătul o poate tolera fără urmări grave şi de aceea se recomandă femeilor gravide să nu consume băuturi alcoolice. Sunt gravide care după unul sau două pahare băute zilnic, nasc *copii cu sindrom de alcoolism fetal.* Forma cea mai gravă este sindromul de alcoolism fetal la gravide care consumă 4 sau mai multe pahare de vin, bere sau ceşti de alcool concentrat.

Tulburările în creşterea şi dezvoltarea biologică şi psihologică cauzate de consumul de alcool şi droguri sunt: faţa caracteristică, întârziere mentală, întârzieri în creştere şi leziuni ale creierului şi sistemului nervos. În plus creşte riscul de avort şi naşterea unui copil mort. Nou-născuţii sunt labi, au ochii mici şi nasul scurt cu rădăcina adâncită; pot prezenta malformaţii ale articulaţiilor membrelor, inimii şi sistemului nervos central, cu întârziere mentală şi tulburări de comportament, hiperactivitate, nervozitate excesivă şi deficit de atenţie. Efectul cel mai grav al alcoolului, mai ales în primul trimestru de sarcină se repercutează asupra dezvoltării creierului. Cafeina din cafea, ciocolată, ceaiul, cola şi alte băuturi trec prin placentă la făt. Astfel, creşte nivelul de adrenalină, un hormon de stres şi se produc tulburări trecătoare ale bătăilor inimii, respiraţie rapidă şi tremurături la făt iar mai târziu poate favoriza apariţia diabetului de tip adult.

Recomandări din timpul programului împotriva alcoolului, drogurilor şi medicamentelor

- Dacă te gândeşti să rămâi însărcinată sau bănuieşti că eşti gravidă este bine să nu consumi deloc alcool. Dacă ai fost obişnuită să te relaxezi seara cu un pahar de vin, încearcă să-l înlocuieşti cu lapte cald, ceai de muşeţel, băi călduţe, muzică, masaj, exerciţii, lectură, meditaţie. Este mult mai uşor dacă soţul ţi se alătură în acest efort.
- Nu consuma droguri!
- Consultă medicul înainte de a lua orice medicament în timpul sarcinii.
- Asigură-te că înţelegi clar de ce şi cum iei medicamentele, ce efecte secundare sunt posibile şi ce metode alternative există.
- Caută remedii nemedicamentoase pentru afecţiunile uşoare.

CAPITOLUL 6:
Orientări şi modele de consiliere psihologică şi psihoterapie

6.1. Consilierea psihologică şi acţiunea psihoterapeutică

În sens larg, termenul de **asistenţă** desemnează ansamblul acţiunilor organizate pe plan social cu scopul de a asigura condiţii optime de dezvoltare şi viaţă pentru individ sau de a preveni şi înlătura situaţiile de suferinţă prezente temporar în viaţa persoanei. Sub aspect etimologic, cuvântul **asistenţă** provine din verbele latine ***assisto-ere*** şi ***adsisto-ere*** (a veni lângă, a sta lângă, a fi lângă). Cu alte cuvinte, termenul de **asistenţă** indică situaţia de a fi permanent alături de cineva. În limbaj psihologic şi sociologic, această relaţie exprimă prezenţa societăţii, prin instituţiile sale specializate, în preajma individului.

Conceptul de asistenţă implică ideea de acţiune individualizată, întemeiată pe cunoaşterea obiectivă a cazului şi pe posibilitatea de a interveni eficient. Omul, indiferent de vârsta sa, are nevoie de prezenţa unor instituţii sociale care să-l susţină în rezolvarea situaţiilor conflictuale cu care se confruntă sau în menţinerea unui echilibru dinamic între gradul de solicitare din partea societăţii şi posibilităţile sale de a răspunde diverselor solicitări.

În funcţie de situaţia vizată şi de specificul obiectivelor urmărite, în teoria şi practica vieţii sociale s-au conturat mai multe tipuri de asistenţă: medicală, socială, psihologică.

- **Asistenţa medicală** presupune un ansamblu de măsuri şi îndrumări referitoare la procesele de creştere şi dezvoltare biofiziologică a individului, la starea de sănătate, la condiţiile şi regimul de viaţă, precum şi la deciziile dependente de aceşti factori. Asistenţa medicală se acordă de către medic şi personalul din sistemul sanitar.
- **Asistenţa socială** se acordă atunci când se ridică probleme ce ţin de caracteristicile de personalitate, de prevenirea sau de rezolvarea unor situaţii stresante şi înlăturarea consecinţelor acestora, de înţelegerea structurii psihologice a individului, de deciziile ce trebuie luate în funcţie de fondul aptitudinal sau de anumite dominante ale personalităţii.
- **Asistenţa psihologică** se bazează pe unitatea a trei secvenţe operaţionale după opinia lui Mihai Golu:

a) Secvenţa diagnostic-constatativă stă la baza celorlalte două. Ea furnizează informaţiile şi datele necesare pentru identificarea problemelor, pentru evaluarea şi ierarhizarea lor, precum şi pentru elaborarea procedeelor de soluţionare.

b) Secvența formativ-profilactică constă dintr-un sistem coerent de metode și acțiuni prin care se urmărește ca individul să învețe cum să abordeze și cum să procedeze cu propriile sale stări de necesitate în raport cu diversele exigențe și solicitări externe, pentru a evita sau diminua conflictele posibile.

În această etapă o importanță deosebită o are asistarea individului în formarea unei imagini obiective despre sine, în elaborarea și însușirea unor criterii corecte de evaluare a semnificației atât a propriilor solicitări interne, cât și a situațiilor și solicitărilor externe, pentru a înțelege și a-și interioriza sistemele de norme și valori proprii culturii căreia îi aparține. În același timp, asistența psiho-profilactică trebuie să acționeze formativ-optimizator asupra mediului existențial al subiectului pentru adecvarea influențelor și solicitărilor mediului la particularitățile indivizilor.

c) Secvența terapeutico-recuperatorie este centrată pe conflictul sau tulburarea patologică deja existentă. În asemenea situații, tehnicile de intervenție sunt de natură psihoterapeutică sau socioterapeutică. Prin aceste procedee sau tehnici se urmărește elucidarea cauzei primare și înlăturarea simptomelor.

În sens larg, consilierea reprezintă o acțiune complexă prin care se urmărește sugerarea modului de a proceda sau a modului de comportare ce trebuie să fie adoptat într-o situație dată sau, în general, în viață și activitatea cotidiană.

Consilierea este o relație guvernată de principii, caracterizată de aplicarea uneia sau mai multor teorii psihologice și a unui set recognoscibil de deprinderi de comunicare la preocupările intime ale subiectului (clientului), la problemele și aspirațiile sale. Asociația Britanică pentru Consiliere (1985) consideră, în opinia lui C. Feltham, că oamenii se angajează într-o activitate de consiliere atunci când o persoană ce ocupă în mod obișnuit sau temporar rolul de consilier oferă sau este de acord în mod explicit să ofere timp, atenție și respect unei alte persoane aflate temporar în rolul de client. Sarcina consilierului este să-i dea clientului posibilitatea să exploreze, să descopere și să clarifice modalități de a trăi, dispunând de mai multe resurse și îndreptându-se spre o cât mai bună existență. Analizând literatura de specialitate, constatăm că unii autori, începând cu C. Rogers (1942) nu fac distincția între consilierea psihologică și psihoterapie considerând cei doi termeni ca fiind echivalenți sau aproape echivalenți. Alți autori printre care se numără L. M. Brammer și E. L. Shostrom (1968), B. Stefflre și W. H. Grant (1972), L. E. Tyler (1961), M. P. Sanborn (1974) și alții aduc o serie de argumente concrete în ceea ce privește deosebirile și elementele specifice consilierii și psihoterapiei.

O analiză sistematică a relației dintre cele două domenii de activitate este realizată de C. H. Patterson (1974), prin compararea definițiilor date consilierii și psihoterapiei de către diverși autori în lucrările de specialitate sau adoptate în cadrul conferințelor Asociației Psihologilor Americani.

În cadrul acestei analize autorul discută asemănările și deosebirile dintre consiliere și psihoterapie prin prisma următoarelor criterii:

a) severitatea problemei clientului,

b) natura problemelor cu care se confruntă clientul,

c) scopurile urmărite în cadrul celor două activități,

d) metodele și tehnicile utilizate.

a) Gradul de severitate al problemei clientului

O serie de autori printre care M. E. Hahn şi M. S. MacLean în definirea consilierii şi psihoterapiei iau în considerare gravitatea tulburărilor psihologice sau a disfuncţiilor manifestate de client. Într-o asemenea perspectivă, consilierea ajută indivizii normali pentru a depăşi obstacolele apărute în calea maturizării psihologice şi dezvoltării personalităţii în timp ce psihoterapia se ocupă cu probleme mult mai grave, prezentate de subiecţi care au nevoie de tratament urgent, de persoane a căror dezvoltare emoţională a fost grav afectată şi distorsionată.

b) Natura problemelor cu care se confruntă clientul

Suferinţa psihică se poate manifesta sub forma unor atitudini, sentimente, tipuri de comportament sau simptome care creează tulburări pacientului şi de care acesta doreşte să se elibereze. Din perspectiva acestui criteriu, consilierea se ocupă, în primul rând, de probleme orientate spre realitate, de natură situaţională şi nu atât de persoanele nevrotice care manifestă conflicte interne de personalitate, ca în cazul psihoterapiei.

Deşi psihoterapia vizează în primul rând simptomele, dificultăţile, tulburările şi dezadaptările pacientului, ea nu trebuie redusă doar la procesul psihologic de vindecare, ci trebuie să vizeze pe cât posibil, o restructurare de profunzime a personalităţii, precum şi o mai eficientă reglare şi autoreglare a stărilor psihice ale acestuia, să fie preventivă şi autoformativă, să urmărească evoluţia omului, actualizarea disponibilităţilor sale latente, şi a potenţialului său maximal atât pe plan fizic, cât şi spiritual.

c) Scopurile consilierii şi psihoterapiei

Distincţia dintre cele două activităţi, în funcţie de scpurile urmărite, a fost iniţiată de M. E. Hahn şi M. S. MacLean în anul 1955. Ea a fost apoi clarificată printr-o serie de precizări de către L. E. Tyler (1961), care încearcă să demonstreze că psihoterapia este direcţionată spre o schimbare în structura personalităţii în timp ce consilierea reprezintă un proces al cărui scop nu este o schimbare a persoanei, ci de a-l face pe individ să utilizeze şansele pe care le are pentru a face faţă problemelor vieţii.

Totuşi, după cum precizează unii specialişti în consiliere şi/sau psihoterapie o asemenea distincţie nu este suficient de bine conturată.

d) Metodele şi tehnicile utilizate în consiliere şi psihoterapie

În unanimitate, specialiştii din cele două domenii de activitate, recunosc explicit similarităţile în ceea ce priveşte metodele şi tehnicile consilierii şi psihoterapiei.

Din perspectiva metodelor şi tehnicilor utilizate, nu există diferenţe vizibile între cele două forme de activitate.

Pe ansamblu, consilierea şi psihoterapia apelează la metode şi tehnici similare, elaborate de pe poziţiile diverselor concepţii şi modalităţi teoretice de abordare. În psihologia românească, M. Golu consideră că în ***cadrul asistenţei psihologice acţiunea psihoterapeutică se îmbină organic cu cea de consiliere.*** Consilierea şi psihoterapia prezintă atât asemănări cât şi deosebiri, după finalitate, adresabilitate şi metodologie.

Un program eficient de consiliere (indiferent de tipul de consiliere solicitată: consiliere maritală, consiliere puerperală, consilierea persoanelor traumatizate, etc) este destul de complex şi el necesită, într-o mai mare măsură decât psihoterapia, o varitate de deprinderi şi abilităţi precum şi o gamă mai largă de activităţi sistematice. În acelaşi timp însă, consilierea necesită adeseori solicitarea şi coordonarea eforturilor cu a altor persoane din mediul de viaţă al subiectului consiliat. Printre caracteristicile personale ale

consilierului eficient descrise de către Corey G., în literatura de specialitate, mai semnificative sunt considerate următoarele: calmul şi răbdarea, capacitatea de a asculta, viziunea pozitivă asupra oamenilor, deschiderea în relaţiile cu semenii, capacitatea de comunicare interpersonală, deschiderea la schimbare, capacitatea de a tolera ambiguitatea, simţul umorului, onestitatea şi sinceritatea, capacitatea de a-şi recunoaşte propriile greşeli, realismul, capacitatea empatică, capacitatea de a accepta oamenii aşa cum sunt ei în realitate, cu calităţile şi defectele lor.

6.2. Obiectivele consilierii psihologice puerperale

Curentele de abordare în consilierea şi psihoterapia perinatală (prenatală, intranatală şi postnatală) sunt multiple, foarte diverse şi ele se raportează la şcolile terapeutice clasice.

Indiferent de abordările teoretice care stau la baza lor, ele au un element comun: adaptarea la individualitatea pacientei. Tehnica psihoterapeutică trebuie să se adapteze şi să integreze caracteristicile psihologice specifice sexul feminin. Rolul asociat genului social al unui individ are repercusiuni atât asupra vieţii sale sociale, cât şi asupra comportamentului său în general. Este vorba astfel, despre un aspect al psihodinamicii feminine, care trebuie să fie luat în considerare. De altfel, aspectul socio-cultural al terapiei a fost aprofundat de unii autori, care consideră că psihoterapia tradiţională, centrată pe viaţa intrapsihică nu s-a adresat condiţiei femeii. Astfel, dacă există o psihodinamică asociată modificărilor comportamentale specifice perioadelor de dezvoltare biologică specifică femeii, ***existenţa unei ramuri a psihologiei şi consilierii maritale specifice perioadei puerperale rămâne un domeniu care necesită explorare şi îndeosebi dezvoltare***.

Analiza contextului social trebuie mai curând să servească drept instrument terapeutic, iar atitudinea consilierului sau a psihologului, trebuie să se modifice în sensul minimizării raporturilor de forţă în cadrul terapiei. Obiectivul este revalorizarea rolului femeii. În acest sens, s-a propus integrarea în psihoterapie a valorilor feminismului. Tehnicile psihodinamice feministe conduc pacienta la o mai bună înţelegere a rolurilor multiple pe care le joacă simptomele sale în context psihologic.

De asemenea, antecedentele puerperale ale pacientei pot fi integrate în demersul terapeutic, iar abordarea lor uşurează uneori de o manieră surprinzătoare tratarea unui episod clinic sau a unui sindrom.

Pericolele pentru sănătatea reproductivă reprezintă un subiect controversat atât pentru medici, sociologi, cât şi pentru psihologi.

Deoarece femeile sunt cele poartă sarcina, adeseori, riscurile reproductive sunt asociate cu disfuncţiile care implică doar graviditatea.

Cu toate acestea, există o serie de alte probleme reproductive cu consecinţe în plan psihologic: disfuncţiile menstruale, reducerea fertilităţii după vârsta de 35 de ani, avorturile spontane, naşterile premature, dezvoltarea post-natală deficitară a copilului.

Cercetarea aprofundată a literaturii de specialitate permite descrierea a două câmpuri de investigaţie:

• evaluare biologică, genetică şi medicală în scop preventiv care priveşte dezvoltarea bio-constituţională şi fiziologică a fătului în perioada intrauterină şi care a

contribuit la dezvoltarea medicinii prenatale, printre reprezentanţii căreia îi amintim pe Catizone, Pescetto şi colab., 1989, Branconi, 1992,

- teorii psihologice care vizează demonstrarea continuităţii vieţii în perioada pre şi postnatală (Rascovsky, 1977, Piontelli, 1987, Pasini şi colab., 1989)

La baza acţiunilor de consiliere familială se află convingerea conform căreia persoanele cu probleme psihologice au capacitatea de a-şi optimiza comportamentul, învăţând noi strategii de a percepe şi evalua realitatea familială şi socială.

Obiectivul acestor acţiuni de consiliere constă în a înţelege comportamentul femeilor gravide şi a optimiza acest comportament, astfel încât, dificultăţile şi problemele acestora să fie înlăturate sau măcar diminuate.

În acest scop, consilierul încearcă să realizeze o evaluare a personalităţii pacientelor, căutând să pună în evidenţă problemele principale adaptate particularităţilor psihice ale acestora. Demersul terapeutic va avea apoi ca sarcină să elibereze pacientele de anxietate, de depresie sau alte trăiri afective specifice graviditaţii care împiedică adaptarea optimală a acestora la mediu, trăiri care le pot perturba comportamentul şi pot avea efect asupra celor din jur, afectând uneori cele mai importante aspecte ale vieţii personale ale gravidelor: activitatea profesională, viaţa sexuală, imaginea de sine şi autoaprecierea etc.

Diagnosticarea corectă şi preventivă a unor tulburări psihice grave (tulburări de personalitate, schizofrenie, dependenţa de alcool şi droguri) şi tratamentul corespunzător sunt imperios necesare pentru a preveni abandonul sau pruncuciderea precum şi pervertirea mai atenuată a instinctului matern, prin deficitele de relaţionare sau îngrijirea viciată a copilului nou-născut sau sugar.

Consilierea familială este caracterizată ca o acţiune psihologică, sistematică, planificată şi intenţională, având la bază un sistem teoretic conceptual bine pus la punct şi care trebuie exercitată de către un specialist calificat asupra pacientului

Ea utilizează metode şi acţiuni specifice şi nu se poate confunda cu simpla acţiune caldă şi simpatetică pe care o exercită la nivelul empiric o rudă, un preot sau un prieten foarte apropiat.

Consilierea poate fi privită şi ca o relaţie interpersonală între psiholog şi paciente, relaţie menită să investigheze şi să înţeleagă natura stărilor psihice ale femeilor gravide.

Carl Rogers descrie o serie de *calităţi ale terapeutului* care pot fi considerate eficiente şi în relaţia cu gravidele şi familiile acestora:abilităţi intelectuale şi competenţe profesionale, creativitate, originalitate, inventivitate, toleranţă, acceptarea responsabilităţii, tact şi cooperare, integritate, autocontrol şi stabilitate, acceptarea responsabilităţii, simţul umorului.

Consilierea psihologică perinatală îşi propune să urmărească evoluţia pacientelor, actualizarea disponibilităţilor lor latente şi a potenţialului lor maximal atât pe plan fizic, psihologic şi spiritual în vederea naşterii în condiţii optime şi adaptării la noul status social, cel de mamă.

Strupp şi Hardley arată că, în cazul femeilor gravide succesul consilierii poate fi evaluat după 2 criterii principale:

– trăirea subiectivă a pacientelor (se simt mai bine, mai mulţumite, mai fericite, mai împăcate cu sine);

– recunoaşterea socială (evoluţia în plan personal şi social a pacientelor odată cu naşterea, creşterea şi educaţia copiilor).

În cazul femeilor gravide, obiectivele consilierii vizează în principal următoarele aspecte:

1. Întărirea Eului şi a capacităţilor integrative ale personalităţii parturientelor;
2. Rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale parturientelor;
3. Orientarea parturientelor în vederea obţinerii unei funcţionări mai mature a personalităţii, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu şi la noile situaţii impuse de viaţa în familia cu copii;
4. Reducerea sau înlăturarea dacă este posibil a acelor condiţii de mediu care produc sau menţin comportamentele de tip dezadaptativ;
5. Modificarea opiniilor eronate ale·subiectelor despre ele însele şi despre lumea înconjurătoare;
6. Dezvoltarea la femeile gravide a unui sistem clar al identităţii personale.

Consilierea psihosexuală din etapa prenatală se adresează ambilor genitori, deoarece atât bărbatul cât şi femeia au nevoie atât de un sistem biologic (reproductiv) sănătos, cât şi de un sistem psihologic şi relaţional echilibrat, deoarece conceptul de sănătate reproductivă nu se reduce numai la a avea copii sănătoşi din punct de vedere biologic, ci vizează o perspectivă sanogenă asupra vieţii psihice şi relaţionale a acestora.

Consilierea psihologică şi strategiile psihoterapeutice centrate asupra cuplului cu gravide joacă un rol important în orientarea acestor persoane spre evitarea factorilor de risc pentru confortul psihologic (conflicte intra şi interpersonale, stări de angoasă, pasivitate, apatie, nervozitate) şi în adoptarea unor tehnici de coping, pentru ca partenerii de cuplu să se acomodeze noilor expectaţii şi responsabilităţi de staus şi rol parental.

6.3. Abordări şi modele de consiliere psihologică şi psihoterapie

Karasu (1980) clasifică sistemele psihoterapeutice în raport de trei concepte de bază, fiecare şcoală psihoterapeutică pivotând, cu precădere în jurul unuia dintre aceste concepte. Fiecare concept în funcţie de care autorul clasifică sistemele terapeutice constituie de fapt un domeniu tematic, un sistem de referinţă în raport de care este interpretată natura relaţiei terapeut-pacient. (Holdevici, 1998) Trebuie precizat faptul că anumite particularităţi ale relaţiei terapeut-pacient, cât şi modul de manevrare a acestei relaţii diferă de la o şcoală psihoterapeutică la alta.

6.3.1. Abordările psihodinamice

Abordările psihodinamice îşi au originea în psihanaliza freudiană, care poate fi considerată, în acelaşi timp, o teorie psihologică asupra naturii umane, o metodă de cercetare şi o modalitate de consiliere sau psihoterapie.

6.3.1.1. Abordarea psihanalitică clasică

Teoria psihanalitică pune accentul pe procesele intrapsihice (de la nivelul inconştientului) făcând distincţia între motivele inconştiente şi cele conştiente care stau la baza conduitei umane. În concepţia părintelui psihanalizei, Sigmund Freud (1856–1939), structura personalităţii cuprinde trei instanţe psihice: inconştientul, preconştientul (sau subconştientul) şi conştientul, pentru ca după anul 1920, odată cu apariţia lucrării «Sinele şi Eul», acesta îşi va restructura concepţia, susţinând că structura personalităţii se axează pe trei niveluri ierarhice: Sinele, Eul şi Supraeul. Sinele (Id-ul) reprezintă sursa pornirilor instinctuale, îndeosebi a celor de natură sexuală sau violentă, sursa impulsurilor, a pulsiunilor sexuale. El este guvernat de principiul plăcerii.Eul reprezintă o instanţă conştientă care are drept funcţii perceperea evenimentelor interne sau externe, integrarea diferitelor conţinuturi psihice, precum şi o funcţie proiectivă şi executivă. Eul reprezintă un mediator între lumea instinctuală şi cerinţele impuse de realitatea socială, el poate restructura impulsurile inconştiente ale sinelui conform realităţii. Supraeul reprezintă conştiinţa morală, acea parte a eului care conţine valorile social/morale. El este alcătuit din conţinuturi psihice de natură social-valorică, idealuri, principii şi valori morale. Fără existenţa Eului, individul ar acţiona numai pe baza impulsurilor sale generate de Id (Sine). La omul normal (sănătos), Eul are suficientă forţă pentru a transforma şi suprima tendinţele inconştiente ale id-ului. In anumite situaţii, impulsurile neexprimate ale idului pot duce la stări de angoasă şi nelinişte. Pentru a contracara această stare de nelinişte Eul utilizează o serie de mecanisme de apărare cum ar fi: raţionalizarea, reprimarea, refuzul pentru a diminua starea de nelinişte. O dependenţă mare a individului de aceste mecanisme de apărare ale Eului, şi deci de control al sinelui pot duce la manifestarea unui comportament nevrotic.

Abordarea psihanalitică a consilierii şi psihoterapiei are la bază câteva principii fundamentale sintetizate de (Karasu, 1980):

- Ideea că omul posedă o serie de impulsuri şi tendinţe instinctive şi preocuparea pentru modul în care ele sunt exprimate, transformate sau refulate (reprimate). Refularea se produce pentru a nu permite gândurilor şi tendinţelor jenante să atingă pragul conştiinţei.
- Convingerea că refularea are la bază îndeosebi tendinţele sexuale şi că tulburările psihice au la origine o dezvoltare psihosexuală nesanogenă,
- Convingerea în caracterul universal şi persistent al complexului Oedip,
- Ideea că omul se confruntă cu conflictele dintre pulsiunile inconştiente (Id), substitutele acestora, mecanismele de apărare a Egoului care încearcă o mediere cu realitatea externă, în acord cu principiile şi valorile morale ale societăţii.

Catharsisul rămâne un element important în terapia sau consilierea psihanalitică din două considerente principale:

- Terapia nu poate progresa dacă subiectul în cauză nu-şi exprimă într-o anumită măsură trăirile sale afective,
- Exprimarea acestor sentimente îi produce individului supus curei psihanalitice o uşurare, fapt ce-l încurajează să continue terapia.

Insightul sau iluminarea bruscă constă în descoperirea bruscă şi intuitivă de către pacient a surselor şi motivelor ascunse care stau la baza comportamentelor sale.

După opinia lui Hutchinson (1950), în procesul de atingere a insightului trebuie parcurse următoarele etape succesive:

a) etapa pregătitoare, caracterizată prin trăirea sentimentului de frustrație, de anxietate și disperare, urmată de o activitate febrilă de căutare, prin tatonare și eroare, a unei soluții la problema proprie și apoi de o recădere în vechile modele comportamentale și de gândire în care subiectul nu pare să întrevadă nici o cale de rezolvare,

b) etapa de incubație, în care se manifestă la subiect dorința de a renunța și fugi de problema sa, el manifestând lipsă de motivație sau lipsă de rezistență în fața problemelor sale,

c) etapa de iluminare, în care problema devine clară pentru individul supus terapiei,

d) etapa de evaluare și elaborare a soluției.

Pe parcursul procesului terapeutic demersul își schimbă centrul de greutate de la momentele de catharsis (descărcare emoțională) la recuperarea amintirilor uitate (insight).

După cum susțin și adepții lui Freud, printre care D. W. Winnicott, există o continuitate între viața intrauterină și cea extrauterină. Ea susține că, încă din momentul concepției, corpul și psihicul se dezvoltă împreună, la început fuzionate și devenind gradat distincte una de cealaltă.

Sănătatea psihică a individului este fundamentată de mamă, care fiind devotată copilului ei, este capabilă de o adaptare activă. Aceasta presupune o stare primară de relaxare a mamei, și de asemenea, o înțelegere a modului de viață individual al copilului, la rândul său, care apare din capacitatea mamei de a se identifica cu copilul. Această relație între mamă și copil debutează înainte de nașterea copilului și este continuată în anumite cazuri în procesul nașterii și după.

Traumatismul nașterii, concepția dezvoltată de Rank, reprezintă o ruptură în simbioza dintre mamă și copil, pe care Winnicott o denumește paranoia congenitală și o identifică pentru a explica ulterior natura traumei în termenii psihologiei eului, cauzele și modul de manifestare a anxietății. Freud considera că în istoria fiecărui individ există urme mnezice ale experienței nașterii care determină modelul pe care îl ia anxietatea pe tot parcursul vieții individului. Greenacre consideră că S. Freud a legat anxietatea printr-un fel de teorie a inconștientului colectiv cu nașterea ca o experiență arhetipală în expresia lui G. Jung.

Winnicott stabilește trei categorii de experiențe ale nașterii:

• O experiență a nașterii normale, sănătoase ce constituie o valoroasă experiență pozitivă. Aceasta furnizează un model al unui fel de viață firesc. Acest simț al unui mod de viață poate fi întărit prin diverse tipuri de experiențe ulterioare normale și astfel experiența nașterii devine unul dintr-o serie de factori favorabili dezvoltării încrederii, simțului succesiunii , stabilității și securității, etc.

• În cea de a doua categorie intră experiențele nașterii mai degrabă comune decât traumatice care se combină cu diverși factori traumatici ulteriori din mediu, întărindu-i și fiind întărită de aceștia.

• În cea de a treia categorie se înscrie experiența unei nașteri traumatice, care favorizează dezvoltarea unui tip de personalitate anxios.

Winnicott susține existența unei legături între anxietate și trauma nașterii și în concordanță cu situațiile descrise anterior, o experiență pozitivă a nașterii va promova forța și stabilitatea Eului, comparativ cu o experiență traumatizantă care va constitui

cauza dezvoltării anxietății.Din perspectivă psihanalitică, fiecare experiență, fiecare clipă, fiecare detență sau excitație, fiecare moment al vieții intrauterine reprezintă părți ale unei experiențe pe care fătul o memorează și o va relua în toate stadiile devenirii sale. Totul este organizat și devine experiența fătului. Fiecare moment al vieții fetale poate fi considerat o stare aparte a Eului și astfel cele nouă luni de sarcină se constituie drept un prim stadiu al Eului și anume Eul prenatal. Eul prenatal înglobează o serie de stări psihologice denumite de Verny și Kelly (1981) stări ale Eului prenatal. Stările Eului sunt părți de experiență prezentă (actuală) și trecută. În timpul sarcinii, fătul este tot timpul receptiv la experiențele care îi întăresc Eul: stimulările, emoțiile, relațiile cu lumea internă (intrauterină), și externă sunt forțe dinamice implicate în procesul de maturare psihică. Toate stările Eului prenatal vor rămâne stratificate în psyche, în inconștientul personal al subiectului, dar ele pot constitui și surse pentru inconștientul colectiv care vor fi evocate ulterior în perioada de după naștere, de-a lungul etapelor de dezvoltare psihologică.

Perspectiva psihanalitică propune o abordare a relației mamă- copil în perioada intrauterină, dar și în perioada postnatală. Anna Freud și ulterior D. W. Winnicott au dezvoltat tema relației foarte timpurii dintre mamă și copil, pe baza conceptului de preocupare maternă primitivă (1956) sau primară. Aceasta este descrisă de Winnicott ca reprezentând o stare de înaltă sensibilitate a mamei în timpul și mai ales spre sfârșitul sarcinii, o stare disociată, sau o amenințare pe care ulterior ele au tendința să o refuleze.

6.3.1.2. Abordările psihodinamice moderne sau post-freudiene

Tehnica terapeutică a psihanalizei clasice își propune să aducă la nivelul conștiinței emoțiile, motivele și experiențele de natură inconștientă, în felul acesta dinamica forțelor psihice este modificată, subiectul psihanalizat reușind să-și rezolve mai bine propriile conflicte intrapsihice și să facă față dificultăților existenței într-un mod mai matur și mai realist.

Maternitatea este descrisă ca o etapă integrativă pe traseul evolutiv al femeii, în special al femeii primipare, reprezentând cel mai înalt nivel de integrare a forțelor pulsionale și a disponibilităților Eului acesteia. Această integrare nu se poate realiza decât mobilizând trecutul fiecărei femei, cu inevitabilele conflicte, maturante sau traumatice, mai mult sau mai puțin rezolvate, care l-au marcat. Are loc deci o criză, care pune cu adevărat în joc însăși identitatea femeii.

Astfel, *criza de maternitate* este deopotrivă și indiscutabil progresivă și regresivă:

➢ „*progresivă*" deoarece conduce în mod potențial la o relație mamă-copil prin care se vor opera restructurări ale tuturor pozițiilor obiectale materne și conjugale.

➢ „*regresivă*" pentru că are loc, așa cum afirma Freud, o retrăire rapidă a tuturor stadiilor de dezvoltare a libidoului; retrăirea este totuși inegală, deoarece conflictele inerente fiecăruia dintre aceste stadii vor colora, în mod diferit pentru fiecare femeie, forma și conținutul crizei sale. Și putem merge chiar mai departe cu această diferențiere, nu numai între femei diferite, ci chiar între două sau mai multe sarcini ale aceleiași femei.

Având în vedere toate acestea, parentalitatea este un „life-event", adesea costisitor pentru adaptarea psiho-biologică, care poate antrena un întreg cortegiu de

expresii ale unor manifestări psihosomatice. Chiar dacă ***S. Freud*** nu a abordat subiectul maternităţii ca atare, cei care s-au arătat interesaţi de acest domeniu de cercetare au avut ca punct de pornire ideile acestuia şi căile pe care el le-a deschis. Deşi a dovedit o mare constanţă în poziţiile sale referitoare la problema sexualităţii feminine, el a lăsat deschisă această problematică, aşa cum preciza la sfârşitul conferinţei sale despre „Feminitate", una dintre ultimele sale lucrări consacrate acestui subiect: „Dacă doriţi să ştiţi mai multe despre feminitate, interogaţi-vă propria experienţă, adresaţi-vă poeţilor sau aşteptaţi ca Ştiinţa să ne poată da informaţii mai aprofundate şi mai coordonate." (S. Freud, 1932). Dar se pot regăsi în textele sale unele referiri la această temă: „...primul copil poate reînsufleţi identificarea cu mama, şi, prin urmare, poate eventual repeta raporturile conflictuale ale cuplului parental (compulsia la repetiţie)" (S. Freud, 1932).

Una dintre primele psihanaliste care a studiat avatarurile maternităţii (şi ale sexualităţii feminine în ansamblul său) a fost ***H. Deutsch*** (1927, 1945). Ea înscrie maternitatea pe continuumul sexualităţii feminine, specificând în acelaşi timp particularităţile acestei stări, efortul psihic pe care aceasta îl solicită din partea viitoarei mame: „Maternitatea, ca experienţă individuală, nu reprezintă numai un proces biologic, ci şi o entitate psihologică în cadrul căreia se rezumă numeroase experienţe individuale, amintiri, dorinţe şi angoase, care au precedat cu mult timp experienţa reală. [...] Această experienţă dă femeii ocazia de a stăpâni vechile angoase prin stăpânirea celor noi."

Reluând anumite idei de la ***H. Deutsch şi T. Benedek, G. Bibring şi colaboratorii săi (1959)***, în urma observaţiilor clinice şi a unui studiu longitudinal asupra unui grup de femei însărcinate, au ajuns la concluzia că sarcina are drept consecinţă o psihopatologie „normală", care pune la încercare personalitatea viitoarei mame, cu o intensitate variabilă pentru fiecare femeie.

Prima sarcină este punctul de plecare al unei „crize de maturizare"/ de dezvoltare – comparabilă cu pubertatea sau cu menopauza – şi care antrenează întreaga personalitate a femeii. Această criză nu îşi găseşte rezolvarea în momentul naşterii, ci continuă un anumit timp după naşterea copilului – ceea ce poate constitui una dintre explicaţiile dificultăţilor de interacţiune precoce cu copilul.

D. Winnicott a denumit „preocupare maternă primară" (1956) dispoziţia psihică specifică a mamei în cursul săptămânilor care preced şi urmează naşterea copilului. Această stare se dezvoltă ca urmare a implicării corporale şi a elaborării imaginare – în mare parte inconştientă – a acestei implicări corporale care reia întreaga experienţa acumulată în trecut şi elaborată de Self. Winnicott explicitează caracteristicile acestei stări în modul următor: „...această stare se dezvoltă în mod treptat, pentru a atinge un grad de sensibilitate sporită în timpul sarcinii şi în special spre sfârşitul acesteia; ea mai durează câteva săptămâni după naşterea copilului; mamele îşi amintesc cu dificultate de aceasta în momentul în care îşi revin, şi aş merge până acolo încât aş spune că ele au tendinţa de a refula această amintire. Această stare organizată (care ar fi o maladie dacă nu era sarcina) ar putea fi comparată cu o stare de retragere, sau cu o stare de disociere, sau cu o fugă, sau chiar cu o tulburare mai profundă, cum ar fi un episod schizoid în cursul căruia unul din aspectele personalităţii intră în prim-plan temporar. [...] Nu cred că poate fi înţeleasă atitudinea mamei la începutul vieţii bebeluşului, dacă nu admitem că ea trebuie să fie capabilă să atingă acest stadiu de hipersensibilitate – asemănătoare unei maladii – pentru ca apoi să-şi revină. (Am utilizat în mod intenţionat cuvântul „maladie", pentru că o

femeie trebuie să fie perfect sănătoasă, atât pentru a atinge această stare cât şi pentru a se vindeca atunci când copilul o eliberează de aceasta. Dacă nou-născutul ar muri, starea mamei ar deveni brusc patologică. Este riscul pe care ea şi-l asumă)".Pornind de la acest citat am putea spune că, pentru Winnicott, starea de „preocupare maternă primară" constituie rezultatul unui proces care nu se poate reduce la perioada de sarcină, dar care este accelerat şi aprofundat prin implicarea biologică a acesteia. Cu toate acestea, când Winnicot utiliza cuvintele „retragere", „disociere", „episod schizoid" sau „refulare", putem înţelege că el nu considera acest proces ca lipsit de o anumită conflictualitate cu care se confruntă mama şi pe care trebuie să o depăşească în această perioadă.

Racamier (1961) a introdus, prin articolul său referitor la relaţia dintre mamă şi copil în psihozele post-partum, termenul de „maternalitate" (traducere a termenului englez „motherhood", relaţionat cu „paternalitate" şi „parentalitate") prin care desemna „ansamblul proceselor psihoafective care se instalează şi se dezvoltă la femeie în perioada maternităţii" şi îi atribuia valoarea unei autentice etape de dezvoltare a personalităţii feminine, comparând-o în special cu adolescenţa. Această etapă, în care structura psihică se apropie în mod normal şi reversibil, de o structură „psihotică", este caracterizată de o stare de regresie intensă şi fecundă, a cărei existenţă, urmare şi stăpânire este legată de posibilităţile de identificare a femeii cu copilul său şi cu imaginea propriei sale mame. Regresia este dependentă aşadar atât de factorii istorici, cât şi de cei actuali, remarcându-se printr-o „mare sensibilitate la situaţiile externe reale".

L. Kreisler (1972) a utilizat ideea unei „reactivări a nevrozei infantile" a mamei, adăugând: „Dacă se consideră că maternitatea constituie pentru femeie ultima etapă a maturităţii sale psihosexuale, şi împlineşte aspiraţiile ei cele mai profunde, se poate spune că această situaţie este impregnată cu un întreg trecut afectiv, actualizat şi adesea repus în cauză dacă vechile conflicte au fost inadecvat elucidate. O identificare insuficientă a mamei cu propria sa mamă, o rivalitate defectuos rezolvată, fantasma copilului tatălui din etapa oedipiană, pot pune femeia în situaţia de culpabilitate care generează respingerea sarcinii, angoasă, ostilitate. Copilul, neacceptat ca un complement falic, poate fi resimţit ca un străin periculos şi insuportabil. Naşterea, trăită ca o mutilare sau distrugere corporală poate genera un sentiment de vid care stă la originea manifestărilor depresive. Nerezolvarea conflictelor orale se poate afla la baza conduitelor anormale în situaţia de alimentare etc."Această enumerare ne oferă o trecere în revistă succintă a principalelor nuclee conflictuale care corespund etapelor maternităţii pe care mama trebuie să o parcurgă şi al căror grad de rezolvare va marca relaţia mamă–copil. Mama trebuie să poată reconstrui într-o manieră „suficient de bună" copilul care a fost ea însăşi pentru a putea „repara" copilul pe care urmează să îl aibă şi pentru a fi capabilă să mobilizeze o investire libidinală a copilului.

S. Leibovici (1983) considera perioada post-partum ca „o perioadă în care „cristalul" Eului este în parte dezorganizat, raporturile între elementele sale sunt mai fluide şi, în momentul în care se restructurează, o face ţinând cont de copil, incluzând în organizarea sa efectele venirii sale."

Pentru *B. Cramer şi F. Palacio-Espasa (1993)* includerea copilului în organizarea psihică a mamei (şi a tatălui) este elementul principal în crearea unei „neo-formaţiuni" care implică faptul că sistemul utilizat nu este reductibil la suma antecedentelor sale: o serie întreagă de investiri narcisice şi pulsionale ale mamei, până

atunci cantonate în spațiul său intrapsihic, se vor distribui în spațiul interpersonal al relației la copilul real și fantasmatic. Copilul devine ținta și depozitarul unor investiri care, până atunci, erau atașate obiectelor interne sau unor aspecte ale Selfului mamei. În același timp, părinții trebuie să efectueze un dublu proces de doliu: acela al statutului de copil – adultul este constrâns să-și asume rolul de părinte, ceea ce îl face să retrăiască vicisitudinile identificărilor cu imaginile bune sau rele ale părinților, potrivit organizării sale oedipiene – și acela al copilului imaginar, din perioada de sarcină, transferând investirile sale copilului real. Cuplul trebuie să treacă de la situația de două persoane la aceea de a fi trei, fapt ce va reedita situația oedipiană și riscul ca unul dintre ei să se simtă terțul exclus (cel mai adesea este tatăl). De asemenea, identificându-se cu părinții săi, aspectele infantile ale mamei/tatălui sunt proiectate asupra copilului, și dacă aceste proiecții se referă la părți detestate, clivate, copilul va fi resimțit ca un inamic sau un prădător. Declanșarea unei stări de extraordinară solicitudine, în timpul primelor săptămâni și luni de viață ale copilului, impune o abnegație care poate determina fie o autentică supunere masochistă, fie o ură intensă amestecată cu spaima-panică de trecere la act – bulversarea la care sunt supuse narcisismul și apărările împotriva agresivității putând deveni epuizantă. M. Bydlowski (1997) sintetizează în manieră admirabilă procesele intrapsihice care se activează în cursul sarcinii. Pornind de la experiența sa de aproape 30 de ani de psihanalist în maternitate, Bydlowski declină ***dorința de a fi însărcinată*** – care nu este întotdeauna echivalentă cu ***dorința de a avea un copil*** – la feminin, relevând relația acesteia cu dinamica inconștientă. Ea a observat că există o relație de continuitate între reprezentările mobilizate în timpul sarcinii și calitatea relației și interacțiunilor ulterioare cu copilul real, reprezentări ce vor fi transmise copilului odată cu materialul genetic și suflul vieții. Aceste reprezentări pot fi literale (cuvinte, cifre) sau evenimente, sub formă de scenarii, în funcție de nivelul la care sunt reprezentate. Astfel de reprezentări literale sunt cele decelate prin calculul inconștient implicat în data nașterii și alegerea numelui copilului.

Reprezentările de evenimente se desfășoară pe dublul versant al complexului oedipian și preoedipian. La nivel oedipian se plasează dorința incestuoasă de a avea un copil de la tată (și a o înlătura pe mamă). Pe versantul homosexual, tânăra femeie trebuie să se identifice cu propria sa mamă – pe de-o parte, copilul purtat (ireprezentabil ca atare) reprezintă obiectul intern prin excelență, iar pe de altă parte, transformările vizibile, exterioare, ale corpului (corpul care se îngreunează, se mărește, mișcările care devin mai greoaie etc.) „îmbătrînind-o" ca și pe mama ei. Toate aceste reprezentări sunt deosebit de accesibile în discursul matern grație stării de transparență psihică, în special în perioada premergătoare nașterii. Acest fenomen se datorează faptului că o mare cantitate de energie psihică este retrasă de la nivelul defenselor mobilizate pentru a menține refulate aceste reprezentări, care mențineau echilibrul psihic anterior și este redirecționată în scopul investirii noului obiect psihic–copilul. Astfel, produs al repetiției din inconștientul părinților săi, copilul este purtător al avatarurilor și dorințelor lor; totodată, nașterea sa conduce la apariția unei noi organizări, constituind o ruptură a repetiției și impunând o organizare unică, originală a determinanților preexistenți. În acest sens, copilul este realmente un nou-născut. Pentru a rezuma, putem spune că există o convergență de opinii asupra faptului că sarcina reprezintă o perioadă de pregătire psihică intensă a viitoarei mame pentru relația cu copilul și pentru adaptarea la noua constelație creată prin apariția

acestuia. Accederea la maternitate reprezintă o veritabilă „criză de maturizare", care determină transformări ireversibile ale Eului femeii: activarea şi instituirea disponibilităţilor latente care au drept scop cristalizarea a ceea H. Deutsch numea „Eul Matern". Există un întreg ansamblu de evenimente şi de situaţii care datează încă din perioada primei copilării a viitoarei mame. De multe ori, aceste evenimente nu a putut fi pe deplin integrate într-un context semnificativ în momentul în care au fost trăite, şi sunt remaniate retroactiv prin sarcină şi maternitate. Dar reuşita acestei remanieri este posibilă numai „dacă nici o angoasă sau agresivitate majoră nu deformează imaginile conştiente şi nu paralizează pulsiunile libidinale, dacă femeia nu este suspendată într-un narcisism exigent şi vulnerabil" (Racamier, P.-C., 1978), şi dacă condiţiile externe permit realizarea acestui proces. Aceste atitudini variază în diferitele momente ale procesului de maternitate, iar istoria personală a fiecărei femei vine să imprime o amprentă particulară asupra traiectoriei comune pe care o desenează desfăşurarea acestei procesualităţi.

Otto Rank studiază psihanalitic etapele vieţii individuale, punând problema traumatismului naşterii individului ca o serioasă problemă a separării copilului de mamă, dependenţă prelungită de aceasta şi consecinţele sale în procesul de formare şi maturizare a personalităţii individuale. După O. Rank, formarea şi creşterea personalităţii individuale este o continuă mişcare de intrare şi ieşire dintr-un context de relaţii. Acest proces este alcătuit din mai multe faze, fiecare începând cu o nevoie majoră de legături şi având ca scop o reîntoarcere, o refacere a formei anterioare. Otto Rank distinge în procesul formării personalităţii patru faze majore: faza familială, faza socială, faza artistică şi faza spirituală.

• *Faza familială* consideră că viaţa începe cu o unire, reprezentată prin cuplul marital al celor doi conjuncţi. În sens metaforic, simbolic, viaţa începe şi se termină cu o idee tendinţă-paradisiacă spune O. Rank. La început este Edenul iar la sfârşit este Nirvana.

Naşterea individului va reprezenta o experienţă psihotraumatizantă pentru copil (traumatismul naşterii), accentuată de secţionarea cordonului ombilical ca simbol al separării de mamă a acestuia (traumatismul secţionării cordonului ombilical). Urmează apoi o etapă de creştere şi desprindere treptată a copilului de părinţi, în special de mamă, cu ieşirea acestuia de sub controlul şi autonomia maternă (traumatismul înţărcării, al mersului, al controlului sfincterian).

• *Faza socială* este considerată ca fiind o re-naştere prin afirmarea externă a individului, concomitent cu separarea completă a acestuia de familia de origine. Este faza formării şi lichidării complexului Oedip (cf. O Rank, apud. Enăchescu).

• *Faza artistică* reprezintă unirea individului cu realitatea, cu natura, cu lumea. Ea se caracterizează prin dominarea gândirii creative, considerată tot ca un proces de afirmare socială, de dobândire a prestigiului şi autorităţii individuale.

• *Faza spirituală* este considerată a fi faza superioară, corespunzătoare idealurilor etice şi spirituale ale individului. Ea este privită ca fiind un proces de afirmare deplină a persoanei respective. Această fază este caracterizată prin identificarea individului cu anumite idealuri spirituale, ideologice sau filosofice, reprezentând în fond momentul desăvârşirii fiinţei sale.

Aceste aspecte cuprind în ele factori de progres, cu caracter stimulativ cât şi factori psihotraumatizanţi cu caracter frustrant. Evoluţia individului este considerată în

psihanaliză un continuu efort de adaptare şi de realizare libidinală. Însă în acest proces tendinţele pulsionale ale inconştientului se ciocnesc fie de cenzura subconştientului, fie de normele vieţii sociale. Evoluţia individului devine astfel un lung şir de experienţe psihotraumatizante, de frustrări menţionate de O. Rank: *traumatismul naşterii, traumatismul secţionării cordonului ombilical, traumatismul înţărcării,* al mersului, al obligativităţii controlului sfincterian, situaţia oedipiană, dobândirea unui statut şi rol social, identificarea complementară cu partenerul de viaţă, investirea cu autoritate şi prestigiul social, acceptarea declinului biologic, împăcarea cu destinul şi resemnarea în faţa morţii. Pe parcursul evoluţiei sarcinii putem constata prezenţa unei *stări psihologice particulare, dezvoltată gradual şi care este considerată un fenomen normal pentru femeile însărcinate.* Această stare identificată pentru prima dată de *Winnicott* a fost denumită ***preocupare maternă primară** sau transparenţă psihică (Bydlowski, 1990)* şi se traduce prin frecventele asocieri pe care viitoarea mamă le face între starea sa de graviditate şi rememorări infantile care în mod obişnuit erau refulate. Se dezvoltă o permeabilitate crescută la structurile conştiente şi preconştiente, bariera conştientă a refulării dispărând.

Copilul aşteptat poartă în el nu numai capitalul genetic al părinţilor săi ci şi ansamblul de reprezentări pe care părinţii le aduc în istoricul lor. Copilul ca realitate socială va încorpora elemente din istoria ascendenţilor, el preexistând astfel dorinţei părinţilor. Aceste reprezentări se referă la evenimente, scenarii îngropate în inconştientul părinţilor şi care sunt greu accesibile şi la reprezentări de cuvinte vizând numele, prenumele, datele de concepere şi de naştere ale copilului, etc. Pe fondul stării de transparenţă psihică, mama transmite un sistem de reprezentări fătului, prin limbajul corpului şi al sentimentelor angajând o dinamică atât la nivel intrapsihic cât şi la nivelul comunicării mamă-copil. *Perioada de maternitate* poate fi un moment de mare vulnerabilitate pentru un anumit număr de femei şi poate fi ocazia de a relua şi confrunta evenimente, experienţe, amintiri, afecte, toate elemente ale unui trecut dificil pe care multă vreme l-au negat. Se pune problema *de a găsi cele mai bune soluţii pentru a împiedica o proiecţie patogenă asupra copilului. (cf. Molenat, 1992)* În consilierea cuplurilor cu gravide, căutând să pătrundem în inconştientul matern şi menţinând ipoteza conform căreia copilul moşteneşte reprezentările prenatale ale mamei se pune problema analizei mijloacelor de prevenire a nevrozelor post-partum şi a abandonului maternal precoce.*Un aspect important în psihanaliza copilului este reprezentat de cuplul mamă-copil (cf. D. W. Winnicott).* Acest cuplu este indisolubil, mama şi copilul având o experienţă de viaţă comună. Eul copilului se constituie în raport cu cel al mamei sale, de care se va detaşa progresiv până la dobândirea independenţei totale. Referitor la acest aspect R. Spitz pune problema *carenţei afective în relaţia mamă-copil,* legată de separarea acestora. În acest caz sunt descrise trei etape: protest, disperare, detaşare. În formele grave este semnalată chiar depresia sugarului. I. Holdevici prezintă cazul unei paciente ale cărei afecţiuni psihosomatice au fost tratate prin şedinţe de psihanaliză, pentru ca în finalul curei, aceasta să conştientizeze cauza acestor afecţiuni. *O pacientă de 25 de ani, aflată în al doilea an de psihanaliză, rămâne însărcinată, lucru pe care şi-l dorea de mult, sora ei mai mică având deja un copil. In primele luni de sarcină, pacienta a păstrat secretul sarcinii, fiind informaţi doar soţul şi terapeutul. Păstrarea secretului era importantă, deoarece ea a suferit mereu de tentativele mamei de a-i controla*

existenţa. Căsătoria i-a permis să se elibereze de tirania mamei văduve, ea locuind suficient de departe de aceasta, fapt ce nu-i permitea să se amestece în viaţa pacientei. După câteva luni, pacienta a evnit la terapie foarte necăjită pentru că sora ei i-a descoperit secretul şi ea va fi obligată să-i spună mamei adevărul înainte de perioada hotărâtă de ea. De când sora sa a întrebat-o în legătură cu sarcina, pacientei i-a apărut o puternică durere de cap. Terapeutul a interpretat simptomul ca fiind rezultatul anxietăţii legate de intervenţiile brutale ale mamei în viaţa ei. Pacienta a fost de acord cu interpretarea. Sarcina a fost prima ei experinţă în care nu s-a amestecat nimeni. Nici căsătoria nu a fost scutită de aceasta. Durerile de cap însă au continuat.

Interpretare: *Aluzia pacientei cu privire la căsătorie este interpretată de terapeut prin aceea că pacienta se temea şi de faptul că soţul se va amesteca în viaţa ei, căsătoria fiind o altă variantă a relaţiei cu mama- şi anume că ea va fi controlată de cineva.*

Terapeutul va reorienta procesul terapiei. Dacă până acum a interpretat durerea de cap ca fiind produsă de teama de a nu fi dirijată de mamă, apare acum posibilitatea de a o interpreta ca o aluzie la copil. Pacienta a acceptat interpretarea şi a scos la iveală gândul ascuns că şi-ar putea urî propriul copil, adăugând că durerea de cap ar putea fi expresia conflictului dintre iubirea protectoare pentru copil şi impulsul ei de o viaţă de a scăpa de orice i-ar îngrădi libertatea. După şedinţă, ea constată că pentru prima dată, după multe zile durerea de cap a încetat. In concluzie arătăm că abordările psihanalitice se axează pe conştientizarea dinamicii pulsiunilor şi a dorinţelor inconştiente precum şi asupra impactului naşterii şi al secţionării cordonului ombilical ca psihotraumatism primar prin care copilul este separat de mamă şi ulterior va fi nevoit să se adapteze cerinţelor mediului social.

6.3.2. Abordările comportamentale

Abordările comportamentale ale consilierii şi psihoterapiei au drept temei teoretic şi metodologic conceptele şi tezele orientării behavioriste (comportamentale) în psihologie iniţiată de J. B. Watson, la începutul secolului XX. Ele au apărut ca o reacţie la psihoterapiile de orientare psihodinamică ce puneau accentul pe forţele de natură inconştientă ale psihismului uman. Modelele de consiliere şi psihoterapie de sorginte comportamentală se bazează pe teoriile învăţării şi îndeosebi pe condiţionarea clasică, condiţionarea operantă şi teoria învăţării sociale. După clasificarea realizată de G. Corey (1991) în categoria abordărilor comportamentale, numite de el şi terapii de acţiune putem include: consilierea sau terapia bazată pe comportament, consilierea raţional-emotivă, consilierea cognitiv-comportamentală şi consilierea sau terapia bazată pe realitate.

6.3.2.1. Abordarea comportamentală clasică

Deşi consilierii şi psihoterapeuţii de orientare behavioristă se orientează către abordări relativ distincte şi folosesc o mare varietate de metode şi procedee, în concepţia lui Lazarus, psihoterapia este considerată un set de procedee menite să elimine o multitudine de reacţii emoţionale cu caracter dezadaptativ, de comportamente nedorite, şi să elaboreze modele de comportament mai eficiente, care să permită individului să facă

față sarcinilor cotidiene, să interacționeze adecvat cu alte persoane și situații. Conceptele de bază ale psihoterapiei comportamentale sunt cele de întărire socială și control al comportamentului. Principiul întăririi se referă la utilizarea și manipularea stimulilor ambianței, astfel încât anumite categorii de comportamente să fie recompensate și în felul acesta să crească probabilitatea lor de manifestare. Psihoterapia devine astfel un proces logic de control al comportamentului bazat pe cunoașterea condițiilor care permit modificarea acestuia.

6.3.2.2. Abordarea cognitiv-comportamentală

Hawton, Salkovskis, Kirk și Clark (1989) arată că abordarea cognitiv-comportamentală pune un accent deosebit pe formularea conceptelor în termeni operaționali și pe validarea empirică a rezultatelor tratamentului. Ea se poate utiliza atât în psihoterapia individuală cât și în cea de grup. Adesea se recurge și la indicatori obiectivi pentru a valida eficiența demersului terapeutic. Principiul de bază al terapiei cognitiv- comportamentale postulează că modurile în care individul se comportă sunt determinate de situațiile imediate și de felul în care subiectul le interpretează. Terapeuții de orientare cognitiv-comportamentală arată că stabilirea cu precizie a diagnosticului dă indicații limitate cu privire la ceea ce trebuie să reprezinte tratamentul, aceasta fiind utilă doar în etapele preliminare, ulterior fiind necesare informații mai detaliate cu privire la:

- ce face persoana în mod deschis, sau în mod explicit și ar dori să nu mai facă,
- care sunt factorii precipitatori (situaționali, mentali, emoționali) pentru comportamentul problematic,
- în ce condiții se manifestă problema,
- care sunt consecințele comportamentului problematic,
- care sunt variabilele care conduc la menținerea și perturbarea comportamentului problemă,
- ce modificări ar putea fi aduse acestor condiții pentru a obține schimbarea comportamentului problemă.

Pacientul este informat cu privire la structura tratamentului: număr de ședințe, durata ședințelor, locul de desfășurare a acestora, etc. De asemenea pacientul este interogat cu privire la simptomele sale, factorii ce țin de relațiile interpersonale, cât și despre comportamentul manifest.

De exemplu, dacă o pacientă însărcinată se prezintă terapeutului pentru o serie de probleme cum ar fi: dispoziție proastă, stări de plâns, pierderea interesului și bucuriei de viață, fatigabilitate, tulburări de somn, scăderea autostimei, lipsa speranței pentru viitor terapeutul îi va explica acesteia ca toate simptomele enunțate pot fi cauza unei stări de anxietate care poate determina în cursul sarcinii sau după nașterea copilului o depresie post-partum. Funcția principală a evaluării în cadrul demersului psihoterapeutic în cazul unei paciente gravide care dezvoltă o depresie o reprezintă formularea și acordul dintre pacientă și psihoterapeut cu privire la planul de tratament.

Modalități prin care se realizează evaluarea pacientelor: interviu cu privire la comportamentul pacientei, auto-monitorizarea, auto-evaluarea prin intermediul chestionarelor, scalelor de evaluare, obținerea unor informații de la alte persoane, intervievarea unor persoane cu rol cheie în viața subiectului, observarea directă a

comportamentului subiectului în situaţia clinică: tehnici: jocuri de rol, teste psihologice, analiza activităţii pacientului,înregistrări psihofiziologice. Când se realizează evaluarea subiectului este necesar să se ia în consideraţie patru categorii de răspunsuri: comportamentale, fiziologice, cognitive şi emoţionale. Evaluările şi măsurarea modificărilor la cele patru domenii menţionate are o serie de avantaje: facilitează cunoaşterea precisă a frecvenţei şi intensităţii comportamentului problematic, îi permite terapeutului să realizeze modificări în ceea ce priveşte strategia terapeutică, evaluările au un rol psihoterapeutic prin ele însele pentru că oferă pacientului informaţii exacte cu privire la progresele obţinute. Ideea centrală a abordării cognitive a tulburărilor emoţionale constă în aceea că nu evenimentul în sine, ci expectaţiile individului în legătură cu acesta sunt generatoare de simptome. In cazul anxietăţii, de regulă subiectul supraevaluează semnificaţia pericolului într-o conjunctură dată.

În cadrul modelelor cognitive ale tulburării emoţionale sunt luate în consideraţie două nivele diferite ale gândirii negative: gândurile negative (şi imaginile negative) ce apar în mod automat atunci când pacienta trăieşte starea de anxietate, afirmaţiile şi regulile cu caracter disfuncţional care reprezintă seturi de atitudini şi credinţe pe care le împărtăşesc gravidele în legătură cu ele însele şi cu lumea înconjurătoare.

Clark (1986, 1988) afirmă faptul că în general oamenii trăiesc atacuri de panică pentru că ei manifestă tendinţa de a interpreta o serie de simptome corporale într-un mod catastrofic. De asemenea, gravidele pot interpreta tahicardia, ameţelile sau jena în respiraţie ca fiind semnele unele boli psihice sau organice grave, când de fapt aceasta pot constitui simptome normale datorate modificărilor fiziologice asociate acestei perioade.

Tabel nr. 8

Etapele interviului specific psihoterapiei cognitiv-comportamentale (Holdevici, 2000)

Descrierea problemei în termenii psihoterapiei comportamentale	Aspecte comportamentale cognitive, afective, fiziologice	Ce anume Când, Unde Cât de des Cu cine Cât de perturbator
Variabile ce ţin de context	– situaţionale, – comportamentale, – cognitive – afective – interpersonale – fiziologice	
Factori ce contribuie la menţinerea simptomului	– situaţionali comportamentali, – cognitivi – afectivi – interpersonali – fiziologici	
Comportament de evitare		
Resurse adaptative de a face faţă situaţiei		
Istoria psihiatrică a pacientului	– ce tratament a urmat (medicaţie) – cum a reacţionat la acesta	
Opiniile şi credinţele sale cu privire la problema sa		
Implicare (dorinţa de a se vindeca)		
Dispoziţie afectivă. Atitudini		
Aspecte psihosociale	– situaţie familială – aspecte psihosexuale – adaptare la mediu – ocupaţie – relaţii sociale – interese – hobby-uri	

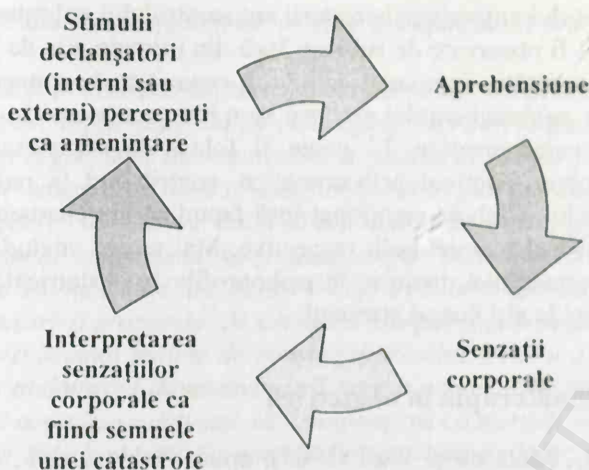


Fig nr. 1: Strategia abordării cognitiv-comportamentale

6.3.2.3. Metode de psihoterapie şi relaxare pentru faza de travaliu

6.3.2.3.1. Relaxarea

În sens restrâns, relaxarea este o tehnică psihoterapeutică şi autoformativă, fundamentată ştiinţific, care urmăreşte realizarea unei decontracturi musculare şi nervoase, având ca efect un repaus cât mai eficient, economisirea energiei fizice şi psihice, creşterea rezistenţei la stres a organismului şi diminuarea efectelor negtive ale stresului deja instalat.

Relaxarea este în acelaşi timp o metodă de autoreglare a stărilor psihice, utilizată în pregătirea psihologică a sportivilor, în tratamentul unor afecţiuni de tip nevrotic sau psihosomatic şi chiar în **psihoprofilaxia naşterii**. Cea mai cunoscută metodă de relaxare o constituie antrenementul autogen care poate fi considerat un punct de plecare în elaborarea unor tehnici de relaxare mai complexe. Antrenamentul autogen este o metodă bine fundamentată ştiinţific, verificată experimental şi clinic, care se caracterizează prin simplitate şi economicitate în sensul că se învaţă uşor şi durează relativ puţin. Această metodă de relaxare are la bază o abordare globală, de ansamblu, a personalităţii subiectului fiind în esenţă o tehnică psihoterapeutică. Derivată din hipnoza medicală, metoda a fost elaborată în Germania anilor 1920 de către medicul psihiatru I. H. Schultz. Acesta definea antrenamentul autogen ca un ***exerciţiu generat (genos) din interiorul eului (autos).*** Scopul antrenamentului autogen – aşa cum a fost conceput de autorul său, ca şi de cei care l-au preluat şi dezvoltat mai târziu – (apud. I. Holdevici) constă în obţinerea de către subiecţi a unor reacţii psihice şi psihofiziologice adecvate, înlăturarea reacţiilor şi comportamentelor nedorite şi realizarea pe această cale a unei eficienţe crescute personale şi sociale. Schultz (1967) arată că antrenamentul autogen ajută subiectul, în cazul de faţă femeile gravide să obţină în cazul practicării lui sub avizarea unui psiholog specialist o serie de avantaje cum ar fi: odihnă şi recuperare după efort, autorelaxare, autoreglarea funcţiilor autonome, reducerea durerii, întărirea eului prin formule sugestive speciale, perfecţionarea în tehnica introspecţiei, cu efecte favorabile

asupra dezvoltării spritului autocritic şi creşterii autocontrolului voluntar. Efectele acestui tip de antrenament pot fi observate de subiecţi încă din primele zile de practică (relaxare mei bună, reducerea anxietăţii, somn mai odihnitor, capacitate de concentrare şi memorie mai bune). Avantajele antrenamentului autogen sunt bine cunoscute în psihoterapia unor nevroze şi afecţiuni psihosomatice. El poate fi folosit în completarea tratamentului medicamentos al oricărei afecţiuni psihosomatice, contribuind la reducerea durerii şi întărirea eului bolnavului. Trebuie menţionat însă faptul că antrenamentul respectiv este doar un adjuvant în cadrul terapiei bolii respective. Mai recent, metoda a început să fie utilizată în medicina preventivă, inclusiv în psihoprofilaxia obstetricală pentru creşterea rezistenţei la frustrare şi la alţi factori stresanţi.

6.3.2.3.2. Hipnoterapia în obstetrică

Wardle (1988), Melzack şi Wall (1965), apud. Holdevici., I., (2001) subliniază faptul că evaluarea cognitivă a durerii reprezintă un proces de importanţă centrală în cadrul experienţei subiective a durerii, pe această supoziţie bazându-se şi programele cognitive de reducere a acestuia. Modelul cognitivist porneşte de la ideea că durerea este însoţită de gânduri şi imagini distorsionate, care pot influenţa atât trăirea durerii cât şi comportamentul subiectului. ***Toate metodele non-farmacologice utilizate în timpul consilierii gravidelor au drept obiectiv reducerea anxietăţii, durerii şi disconfortului.*** Waxman (1989), pe baza a numeroase studii clinice, realizează o *listă a avantajelor utilizării hipnozei în obstetrică*:

- Realizarea unei relaxări fizice şi psihice,
- Nu se produce o blocare a respiraţiei sau circulaţiei sanguine între făt şi mamă,
- Scurtarea primei etape a travaliului,
- Creşterea rezistenţei la şocul obstetrical,
- Utilizarea hipnozei nu interferă cu mecanismele normale ale travaliului,
- În fazele iniţiale şi intermediare, reduce durerea prin scăderea anxietăţii şi supraîncordării,
- În etapele mai avansate, produce analgezie şi anestezie parţială sau totală, prin intermediul sugestiilor directe,
- Amplifică controlul asupra ritmului expulzării capului şi umerilor copilului,
- Asigură posibilitatea unei episiotomii lipsite de durere,
- Asigură o refacere post-operatorie uşoară şi lipsită de evenimente,
- Stimulează lactaţia şi facilitează prin intermediul sugestiilor directe, alimentarea copilului la sân.

Hunter (1988) recomandă practicarea de către psiholog în timpul naşterii a următorului instructaj: *De multe săptămâni vă pregătiţi pentru naşterea copilului dumneavoastră. Acum a sosit momentul ca el să vină pe lume. Probabil, procesul de dilatare a început, iar contracţiile devin mai frecvente şi durează mai mult. Este o perioadă când trebuie să vă bucuraţi, şi, din această bucurie, vă veţi extrage energia necesară pentru procesul naşterii. A avea un copil este o experienţă minunată. Pentru a-l aduce pe lume este nevoie de un mare consum de energie.*

Vă amintiți din cursul ședințelor trecute de hipnoză că procesul nașterii are loc în trei faze:

În prima fază se produce dilatarea zonei cervicale. Când înțelegeți modul în care se produc contracțiile, veți fi capabilă să vă adaptați mai bine organismul acestui proces. Amitiți-vă faptul că organismul dumneavoastă știe exact ce are de făcut în cursul acestui proces fascinant de aducere pe lume a unei ființe. Stă în puterea dumneavoastră ca acest proces să se desfășoare mai eficient, dacă vă veți detașa de fiecare dată când se produce o contracție, astfel încât organismul să-și facă singur treaba. (Combaterea durerii prin mecanisme disociative) *Începutul fiecărei contracții trebuie să devină pentru dumneavoastă semnalul de declanșare a procesului de detașare. Corpul și subconștientul dumneavoastră vor recunoaște acest semnal înainte de conștientizarea lui. Pentru a fixa acest mecanism, voi pune mâna pe abdomenul dumneavoastră pentru a simboliza producerea contracției. Când simțiți că fac acest lucru detașați-vă, imaginați-vă că mergeți tot mai departe. Atunci când mâna mea se ridică reveniți în corpul dumneavoastră. Puteți să intrați în hipnoză odată cu fiecare contracție și să reveniți din hipnoză în perioada dintre contracții sau puteți decide să rămâneți permanent în stare de hipnoză și s-o adânciți odată cu fiecare contracție. Utilizați începutul fiecărei contracții ca semnal pentru a intra în hipnoză sau pentru a adânci hipnoza și pentru a vă distanța de ceea ce se petrece, lăsând corpul să-și facă datoria. Este ca și cum v-ați privi din afară, fiind foarte interesată de ceea ce se petrece în corpul dumneavoastră. Zona cervicală se deschide tot mai mult, contracțiile devenind tot mai puternice. Uterul are o musculatură foarte puternică și corpul dumneavoastră are nevoie de această forță. Uterul lucrează din greu în procesul nașterii. Lăsați această energie să vă ajute să avansați în procesul nașterii și reacționați din ce în ce mai eficient. La toate femeile care se află la prima naștere, zona cervicală se deschide cu un centimetru pe oră. Desigur, fiecare organism reacționează altfel, fiecare făt este diferit și fiecare travaliu este destinat să fie potrivit unor împrejurări specifice, dar în general, la primipare zona cervicală se deschide cu un centimetru pe oră. Ea va fi complet deschisă când s-a ajuns la 10 cm. Acum aveți nevoie de o energie suplimentară, energie ce izvorăște din bucuria dumneavoastră de a naștere unei ființe omenești. Corpul dumneavostră își îndeplinește misiunea din ce în ce mai bine atunci când sunteți detașată și vă situați undeva în afara corpului.*

Concentrați-vă atenția și plasați-vă în afara corpului la fiecare contracție până când v-ați dilatat complet. Medicul sau asistenta medicală vă va spune când v-ați dilatat la maximum.

Vă aflați acum în stadiul al doilea. Acum, fiecare contracție are drept scop să împingă copilul pe canal până va fi expulzat. Acum aveți o altă misiune.

De fiecare dată când simțiți că începe o altă contracție, intrați în propriul corp și participați la procesul de împingere. Recurgeți la toată forța și energia de care dispuneți pentru a vă ajuta contracția, bucurați-vă că sunteți o parte a acestei forțe care împinge fătul la lumină. Intrați în corp și fiți o parte a forței de împingere.

Apoi, după încheierea fiecărei contracții, relaxați-vă. Acumulați forță și energie în timp ce vă pregătiți pentru o nouă contracție. Aveți toată forța și energia necasară. În perioada dintre contracții, odihniți-vă și refaceți-vă și atunci când se declanșează semnalul (începe contracția) reintrați în corp și adăugați forță și energie noii contracții. Acum copilul a coborât tot mai mult și este gata să se nască. Ascultați cu atenție ceea ce

vă spune medicul sau sora medicală, dar ascultați în același timp glasul conștientului și subconștientului dumneavoastră. Toate aceste informații vă vor fi utile în finalizarea travaliului.Iată, iese capul copilului. Nu mai împingeți acum, lăsați capul copilului să iasă încet la lumină. Faceți apel la tehnica respiratorie. Inspirați lent și calm spre sfârșitul contracției. Poate priviți într-o oglindă și dacă lucrurile stau bine, puteți vedea capul copilului. Asistenta medicală îi va șterge fața copilului.

Acum realizați o nouă contracție în care depuneți toată energia, pentru ca umerii și trupul copilului să iasă la lumină. Iată, copilul dumneavoastră s-a născut. Luați în brațe copilul, atingeți-l, priviți-l, simțiți-l, auziți-l. Recurgeți la toate simțurile pentru a face cunoștință cu copilul dumneavoastră care a sosit pe lume. Si copilul va face cunoștință cu dumneavoastră, pentru că și el poate simți, auzi, atinge, mirosi și poate chiar distinge lumini și umbre.

Copilul simte răcoarea camerei, luminile, sunetele, dar mai mult decât orice vocea dumneavoastră, atingerea dumneavoastră. În câteva minute, medicul sau asistenta vă va cere să împingeți din nou, să realizați o nouă contracție, pentru că a sosit timpul celei de a treia faze. Acum va ieși placenta. Sunteți atât de bucuroasă de copilul dumneavoastră încât abia vă mai dați seama de ceea ce se întâmplă, dar împingeți ușor și simțiți cum placenta iese fără efort din corp.

Medicul suturează (coase) părțile rupte ale vaginului dumneavoastră. Știți că totul se va vindeca foarte repede pentru că sunteți sănătoasă. Uterul se va contracta și va reveni la dimensiunile sale normale. Sânii dumneavoastră sunt capabili să producă lapte chiar în primele momente după naștere. Lăsați copilul să sugă la sân, pentru că alimentația naturală este foarte utilă și îi oferă copilului mecanisme de apărare împotriva unor posibile îmbolnăviri. Totul s-a petrecut exact așa cum a trebuie să se petreacă atât pentru dumneavoastră, cât și pentru mica ființă care tocmai a venit pe lume.

Psihoterapiile de relaxare sunt incluse în veritabile programe sofrologice (de pregătire pentru naștere prin armonizarea dintre trup, psihic și spirit. Exemple în acest sens sunt: tehnicile de respirație din metoda Lamaze; metoda Ceaikovski a nașterii acvatice etc.), pe care le vom prezenta în capitolul următor.

6.3.3. Abordările umaniste sau experiențiale Terapia de familie de tip experiențial

Psihoterapia experiențială, prin accesul la natura transformărilor de sine și a relațiilor interumane, prin valorile ei pozitive care stau la baza înțelegerii, explorării și asistenței ființei umane, se constituie într-o paradigmă a restructurării și dezvoltării persoanei, ca o cale de redobândire și păstrare a sănătății somato-psiho-sociale. In măsura în care persoana își deblochează, își folosește creativ și își dezvoltă propriile resurse, făcând față stresurilor și provocărilor existenței, printr-un proces de evoluție conștient, autocontrolat, bazat pe libertatea alegerilor și pe asumarea responsabilității, putem vorbi de adaptare creativă, adică de sănătate în sens larg-somato-psihic, socio-moral, interpersonal și spiritual. Aceasta presupune angajarea persoanei într-un proces de autovindecare, provocarea și activarea resurselor ei compensatorii naturale, potențarea acestora prin regăsirea semnificațiilor și sensurilor reale ale existenței.

Pentru experienţialist, sănătatea individuală nu poate fi ruptă de sănătatea socială, şi de cea a mediului natural. Psihoterapeutul experienţialist pune în prim-planul preocupărilor sale trăirea emoţiei şi exprimarea emoţiei prezente. Principiul său de bază este experienţa aici şi acum, ceea ce îi permite subiectului conştientizarea propriilor percepţii, emoţii, gânduri şi trăiri. Dobândind conştiinţa propriului Eu, persoana va fi capabilă să se pună în acord cu semnificaţiile lumii sale interne şi externe şi să se perfecţioneze prin autorestructurare.

Ramura experienţială a terapiei de familie se dezvoltă în baza psihologiei umaniste a anilor 1960, preluând din terapiile individuale umaniste, principiul pe care îl enunţam anterior, ***principiul experienţei aici şi acum.***

Printre pionierii acestui curent se numără: Carl Whitaker, Virginia Satir, Peggy Papp, Walter Kempler, August Napier, David Keith, Leslie Greenberg, Susan Johnson, Fred şi Bunny Duhl.

Obiectivul terapiei este ca membrii familiei, fiecare în parte, să devină sensibili la nevoile şi sentimentele lor şi să le împărtăşească în cadrul familiei. În acest mod, unitatea familială se poate baza pe o interacţiune vie şi autentică, mai degrabă decât pe represiune şi autonegaţie.

Există două orientări metodologice în terapia experienţială de familie:

• Tendinţa dominantă de concentrare şi orientare asupra indivizilor şi experienţei lor trăite în familie (în contactele interpersonale), mai mult decât asupra organizării familiale. Kempler (1981) considera în acest sens că responsabilitatea principală a terapeutului este faţă de oameni, faţă de fiecare individ în cadrul unei familii, şi doar secundar faţă de organizaţia numită familie.

• Orientare dominantă asupra sistemului familial, mai mult decât asupra indivizilor. Creşterea – ca scop terapeutic – se referă aici la câştigul interacţional al sistemului familial, la evoluţia întregii familii ca organizaţie. Această tendinţă apare şi în terapia lui G. Whitaker, D. Keith şi G. Napier.

Scopurile terapiei de familie enunţate de V.Satir includ 3 schimbări în sistemul familiei (1972):

➢ fiecare membru al familiei să devină în stare de a relata congruent, complet şi onest ceea ce vede şi aude, simte şi gândeşte despre el însuşi şi ceilalţi, în prezenţa celorlalţi. Cu alte cuvinte, fiecare trebuie să fie el însuşi în prezenţa şi la adresa celorlalţi.

➢ fiecărei persoane din familie trebuie să i se adreseze şi să se raporteze la ea în termenii unicităţii sale, aşa încât deciziile să se poată lua mai curând prin explorare şi negociere, decât în termeni de putere.

➢ diferenţele dintre putere trebuie să fie conştientizate în familie şi folosite pentru creştere.

Atunci când metodele experienţiale se aplică orientat spre familie ca sistem şi nu spre indivizi asamblaţi întâmplător într-un grup familial, scopul creşterii individuale fuzionează cu scopul realizării unei puternice coeziuni (unităţi familiale). Dintre orientările terapeutice de tip experienţial considerăm că cele mai adecvate de a se practica în terapia cu gravidele, sau cu cuplurile care aşteaptă naşterea unui copil sunt: Orientarea strategică, Abordarea existenţialistă, Abordarea non-directivă sau consilierea centrată pe persoană, Consilierea şi terapia comunicării, Abordarea gestaltistă, Orientarea experienţială şi Terapia unificării şi din aceste considerente le vom detalia în cele ce urmează.

6.3.3.1. Abordarea strategică

Orientarea strategică în psihoterapia de familie îşi are originile în *pihoterapia strategică a lui Milton Erikson.*

Trăsăturile caracteristice ale acestei orientări sunt următoarele:

1. Responsabilitatea de a pune la punct o strategie pentru rezolvarea problemei clientului revine în exclusivitate terapeutului. Acesta este cel care stabileşte scopurile şi obiectivele psihoterapiei în vederea soluţionării problemei clientului;

2. Accentul nu este pus pe o anumită metodă psihoterapeutică aplicabilă în toate situaţiile, ci pe elaborarea unei strategii de rezolvare a unei situaţii specifice;

3. Deoarece terapia este centrată pe aspectele psihosociale ale problemelor umane, sarcina psihoterapeutului este să stabilească un plan de intervenţie în situaţia socială a clientului;

4. Obiectivul psihoterapiei de familie strategice este să ajute pe individ să depăşească o situaţie de criză specifică diverselor etape ale vieţii de familie: perioada de logodnă, căsătoria timpurie, graviditatea femeii, naşterea şi îngrijirea copiilor, căsătoria târzie, separarea copiilor de părinţi, pensionarea şi problemele vârstei înaintate.

5. Conform acestei orientări psihoterapeutice problema este definită ca o secvenţă a unei relaţii interpersonale ce se desfăşoară între mai multe persoane. Simptomele cum ar fi depresia, fobiile, sunt gândite în termenii unor contracte între doi sau mai mulţi parteneri şi au un rol adaptativ în a menţine relaţia respectivă.

6. Terapeuţii specializaţi în acest tip de psihoterapie fac distincţia între identificarea problemei şi stabilirea problemei prin intermediul demersului psihodiagnostic sau prin acordarea unei etichete individului sau familiei. În cadrul oricărei orientări strategice nu se pune accent pe diagnosticul psihiatric sau psihologic, sarcina terapeutului constând în a defini problema clientului în astfel de termeni încât aceasta să poată fi rezolvată.

7. Demersul psihoterapeutic este orientat spre rezolvarea problemelor prezente şi nu înspre trecut, terapeutul încurajând comunicările actuale. Familia trece prin noi experienţe dacă indicaţiile date de psihoterapeut urmează experienţe care nu reprezintă un scop în sine după cum nici a lucra asupra unor probleme sau a conştientiza modul în care se desfăşoară procesul de comunicare nu reprezintă scopul psihoterapiei.

Abordarea strategică în consilierea cuplurilor poate fi analizată şi din perspectiva tranziţiei către rolurile parentale. Venirea unui copil într-o familie a fost descrisă mult timp ca fiind o adevărata "criză" a relaţiei dintre cei doi părinţi. Deşi nu poate fi negat că în unele cazuri, sarcina şi apariţia unui copil pot cauza situaţii tensionate astfel încât se poate utiliza denumirea de "criză", totuşi în majoritatea cazurilor *tranziţia spre rolurile parentale* este făcută lin şi acceptată fără crize majore.

Începând cu anul 1950, un număr de terapeuţi au identificat *triunghiul ca fiind construcţia de bază a oricărui sistem emoţional (interpersonal).* Odată cu naşterea primului copil, legăturile cuplului sunt forţate să se extindă pentru a include o a treia persoană. În cadrul cuplului fără copii există o singură legătură, St-Se, adică cea între soţ şi soţie. Atunci când apare un copil, se dezvoltă trei legături care vor fi negociate, corelate şi menţinute: se menţine legătura St-Se, aşa cum era şi înainte, şi apar acum noi legături St-C şi Se-C (soţ-copil şi soţie-copil). Rezultatul este o *matrice triunghiulară* mai

puternică decât cea de două persoane. *Studiile de tip longitudinal care au urmărit cuplurile proaspăt căsătorite pe o perioadă mai lungă de timp au descoperit că perechile care au noi-născuţi au şanse mai mici de divorţ şi că acest efect durează cel puţin până în perioada preşcolară a copilului* (cf. White şi Booth 1985, White 1986).

După această perioadă, copiii încep să reprezinte o piedică în diminuarea ratei divorţului. Cu toate acestea, un alt studiu a arătat că şi la aceste vârste, cuplurile care simt că nu mai sunt şanse pentru căsătoria lor, reuşesc să rămână împreună, principalul motiv reprezentându-l copiii. (cf. Luckey şi Baine 1970). Am văzut că din punct de vedere emoţional, o matrice triunghiulară este mai puternică decât legătura între două persoane. Sociologul Simmel (1950) a observat, că în timp, fiecare triunghi astfel format tinde să se transforme într-o pereche şi un exclus. *Şi pentru că relaţia dintre mamă şi noul născut este mai puternică la început, de obicei soţul se simte exclus.*

Haley notează că cea mai mare parte a problemelor copilului include un triunghi constând într-o supraimplicare a diadei părinte-copil şi un părinte marginalizat.

O corectare adusă acestei tendinţe o reprezintă participarea tatălui la naştere alături de soţie, practicată mai ales de noile cupluri. Aceasta începe cu participarea soţului alături de mamă la cursurile de pregătire pentru naştere, cât şi la naşterea propriu-zisă.

Cercetările efectuate au arătat că soţii care se implică în astfel de experienţe sunt mai apropiaţi de copilul nou-născut şi interacţionează mai mult cu acesta (Miller şi Bowen 1982) şi îngrijesc de copil la fel ca şi mama acestuia. (Cordell 1980). Pe lângă faptul că îi mediază tranziţia către rolurile paterne, implicarea soţului în aceste activităţi ajută la menţinerea unei relaţii pozitive cu soţia şi la menţinerea unui moral ridicat al mamei pe parcursul întregului proces de creştere şi îngrijire a copiilor. (cf. Block 1981) Un alt factor crucial în determinarea stării morale a părinţilor este modul în care aceştia sunt capabili să menţină *sentimentul reciproc de armonie şi prietenie.*

Naşterea primului copil probabil întrerupe relaţiile stabilite între părinţi mai mult decât naşterea celorlalţi copii. (cf. Knox şi Wilson 1978) Este adevărat însă că numărul de legături continuă să crească geometric pe măsură ce membrii familiei se înmulţesc linear. Când o persoană înţelege relaţia care există între adăugarea unor noi membri ai familiei şi complexitatea ridicată a legăturilor intra-familiale, îi este mai uşor să înţeleagă de ce părinţii gemenilor sau ai tripleţilor se simt depăşiţi. Atunci când în familie se naşte un nou membru nu numai că se multiplică legăturile dintre membrii ei, dar de asemenea sunt mereu în creştere legăturile dintre familie şi exteriorul acesteia. Sunt adăugaţi la cercul de cunoştinţe al familiei medici pediatri, obstreticieni, rude care încep să arate un interes activ faţă de copil.

Pe baza datelor din literatura de specialitate se disting câteva „etape istorice" specifice pentru grupul familial (cf. C. C. Harris, J. G. Howells), după cum urmează:

a) etapa de „intrare în cuplu", de formare/cunoaştere reciprocă a partenerilor, sau „faza de curtare";

b) faza căsătoriei, de „legalizare" a relaţiei dintre partenerii cuplului şi întemeierea de facto şi jure a grupului familial respectiv;

c) faza de expansiune sau de dezvoltare a familiei, formarea unui stil de viaţă comun, proiectarea copiilor şi naşterea acestora, apariţia primelor preferinţe şi rivalităţi dintre părinţi raportate la copii, noile statute şi roluri familiale de „mamă" pentru „soţie" şi „tată" pentru „soţ";

d) faza de consolidare a familiei, legată de creşterea şi educaţia în comun a copiilor de către cei doi părinţi, problemele legate de şcolaritate, adolescenţa şi sexualitatea tinerilor, independenţa copiilor etc;

e) faza de contracţie familială, caracterizată prin „ieşirea" copiilor din familia de origine, pierderea rolurilor parentale de către partenerii cuplului conjugal, reluarea „vieţii în doi";

f) faza de dispariţie naturală a familiei, prin retragerea din activitate a partenerilor cuplului, bătrâneţea acestora şi în final moartea lor.

Este absolut evident faptul că orice acţiune de psihoterapie trebuie în mod natural să aibă în vedere aceste „etape istorice" ale grupului familial respectiv.

Problemele şi patologia psihosexuală a familiei sunt direct legate de aceste etape. În sensul acesta notăm o corespondenţă între patologia psihosexuală şi etapele evoluţiei istorice a familiei. Problemele legate de prima etapă de „intrare în cuplu" sunt, de regulă, legate de alegerea defectuoasă sau chiar impusă, întâmplătoare a partenerului.

Partenerii pot fi nepotriviţi din punct de vedere temperamental, ca nivel de educaţie, cultură, interese profesionale, gusturi, stil de viaţă.

Toate acestea vor duce la eşecuri imediate sau la scurt timp, prin incapacitatea de a relaţiona a partenerilor.În faza de expansiune a familiei, problemele care apar sunt legate de apariţia copiilor în familie (copii nedoriţi, copii cu handicap, conflicte legate de preferinţa părinţilor pentru copii etc). Un alt aspect care poate duce la conflicte este legat de modelul de educaţie al acestora, orientarea în viaţă, distribuţia sarcinilor celor doi parteneri ai cuplului faţă de copii etc. În faza de consolidare a familiei, problemele pot fi legate de conflictele dintre generaţii, „părinţi/copii", apariţia unor mentalităţi şi stiluri de viaţă divergente, alegerea de către tineri a profesiunii, dar mai ales legate de viaţă sexuală a tinerilor.

Alte resorturi terapeutice implică sprijinirea membrilor familiei în gestionarea dinamicii de forţe, a structurii ierarhice din cadrul familial, terapia stărilor de criză familială şi a situatiilor-limită, cum este cea de tranziţie spre rolurile parentale. Un obiectiv central în cadrul terapiei strategice propusă de Milton Erikson este înţelegerea şi/sau depăşirea unor patternuri familiale trans-generaţionale (prin care foştii copii – actualmente părinţi la rândul lor – perpetuează modelele parentale inculcate în familiile de bază.

Alte scopuri presupun optimizarea patternurilor de ataşament (bonding) şi de reciprocitate în exprimarea ecologică a afecţiunii, prin adecvarea conduitei expresiv-emoţionale atât a contextului social, cât şi a nevoilor interactanţilor.

6.3.3.2. Abordarea existenţialistă

Contribuţia fundamentală a psihoterapiei existenţialiste este înţelegerea structurii axiologice a omului, raportarea sa la existenţa socială. Problema principală de care suferă tinerii în zilele noastre este închiderea sau îngustarea accesului mentalului la experienţă, ca rezultat al anxietăţii, aceasta având drept consecinţă reducerea posibilităţilor de autoactualizare a potenţialului psihologic. Anxietatea nevrotică reprezintă blocarea sau îngustarea conştientizării, iar când această stare se prelungeşte, ea generează sentimente de apatie şi depersonalizare. Anxietatea poate fi înţeleasă şi ca pierderea sentimentului

eului în raport cu realitatea obiectivă. Ea se instalează pentru că lumea valorilor cu care persoana se identifică este amenințată. De aceea, boala (anxietatea, tulburarea nevrotică) este o modalitate dezadaptativă prin care oamenii încearcă să-și conserve eul amenințat.

În procesul terapeutic se urmărește nu atât eliminarea anxietății, cât transformarea anxietății nevrotice în anxietate normală, precum și a capacității de a trăi în condițiile acestei anxietăți normale. De asemenea, nu se urmărește eliminarea sentimentului de culpabilitate, ci transformarea culpabilității nevrotice în culpabilitate normală, precum și capacitatea de a utiliza în mod creativ culpabilitatea normală. Nu se utilizează o tehnică psihoterapeutică anume.

După May, analiza existențială nu trebuie considerată ca o școală specială sau ca un sistem psihoterapeutic, ci mai curând ca un set de atitudini cu privire la om și la modul în care acesta este cunoscut.

Logoterapia constituie o metodă a analizei existențiale propusă de Victor Frankl prin care psihoterapeutul îl îndeamnă pe pacient să se detașeze de simptom, să-și recapete libertatea spirituală și să umple golul existențial prin trecerea la acțiune, prin efortul de înțelegere și cultivare a sensurilor etice și axiologice ale vieții.

6.3.3.3. Abordarea non-directivă sau consilierea centrată pe persoană

Consilierea centrată pe persoană sau psihoterapia centrată pe client are la bază un model al personalității care accentuează rolul deosebit al dezvoltării sau autoactualizării. (Dafinoiu I., 2000.) Ea s-a dezvoltat ca o puternică reacție față de psihanaliză, începând cu anii 1940, când Carl Rogers a negat opiniile lui Sigmund Freud cu privire la primatul instinctelor iraționale asupra comportamentului uman, cât și rolul dominant al psihoterapeutului în calitate de interpret și conducător al procesului psihoterapeutic. (Holdevici I., 1996) Obiectivul pricipal al consilierii centrate pe persoană este ajutarea clientului să se accepte pe sine în mod necondiționat, să se simtă valorizat și înțeles ca persoană. În acest climat ea se simte liberă să-și exploreze sentimentele și gândurile reale, acceptându-și furia, ura sau alte sentimente de acest fel ca părți ale propriului său Eu. Scopul consilierii-terapiei centrată pe client este acela de a ajuta individul să se autoevalueze realist, să se simtă liber, autentic, să nu fie obligat să-și nege sau să-și deformeze opiniile și atitudinile intime pentru a menține afecțiunea sau aprecierea persoanelor semnificative pentru el. Psihoterapia non-directivă se deosebește de alte abordări prin patru trăsături esențiale descrise încă de Rogers:

1. Se acordă o mai mare autonomie și independență individului, considerându-se că acesta are o capacitate spontană de evoluție,

2. Noua abordare pune un accent mai mare în cadrul psihoterapiei pe factorii de natură emoțională decât pe cei intelectuali.

3. Se acordă mai multă atenție evenimentelor actuale și nu celor din istoria individului (așa cum se întâmplă în cazul psihanalizei).

4. Relația psihoterapeutică este privită ca o experiență evolutivă.

Încă din 1942, Carl Rogers formula ipozeza de bază de la care pornește psihoterapia non-directivă: «O consiliere eficientă trebuie să aibă la bază o relație bine structurată dar permisivă, care trebuie să-l ajute pe client să se înțeleagă pe sine însuși în

asemenea măsură încât să fie capabil să facă paşi pe linia unei noi orientări.» Rogers se referă la trei caracteristici care descriu cel mai bine abordarea non-directivă. Aceste trăsături specifice sunt următoarele:

- Natura previzibilă a procesului terapeutic non-directiv,
- Descoperirea forţelor constructive ascunse în interiorul pacientului,
- Relaţia terapeutică centrată pe client.

Psihoterapia non-directivă este o metodă recomandată în tulburările nevrotice asociate problemelor de adaptare şi integrare. Intre terapeut şi clientul care vorbeşte despre sine în prezent se instituie un climat afectiv de respect, receptivitate şi nonintruziune sistematică, vizându-se redimensionarea şi creşterea potenţialului de autoactualizarea a Eului.

6.3.3.4. Consilierea şi terapia comunicării

Virginia Satir este creatoarea consilierii şi psihoterapiei comunicaţionale de familie şi unul dintre precursorii psihoterapiei experienţiale. S-a focalizat în special pe terapia de familie, iar esenţa muncii sale constă în sporirea stimei de sine a membrilor familiei luaţi individual concomitent cu realizarea de schimbări în sistemul interpersonal.

Autoarea diferenţiază patru aspecte ale familiei:

1. Stima de sine – este reprezentată de sentimentele şi ideile pe care cineva le are despre sine. Stima de sine este centrul fiinţei noastre. Orice atac la adresa stimei de sine afectează atât comportamentul individului cât şi interacţiunea între membrii sistemului familial.

2. Comunicarea – este dată de modalităţile prin care oamenii se fac înţeleşi unii cu alţii.

3. Regulile care se dezvoltă în sistemul familial sunt cele pe care partenerii le utilizează pentru a controla modul în care ei simt şi acţionează.

4. Legătura cu societatea – modul în care oamenii colaborează cu alte persoane sau instituţii din afara sistemului familial.

Modelul Virginiei Satir poate fi adaptat şi în terapia cu femeile gravide. El se bazează pe modelul maturizării, în care comportamentele persoanelor sunt văzute în schimbare.

Terapia maturizării se bazează pe următoarele premise: femeile gravide pot învăţa să fie congruente cu ele însele, să vorbească în mod direct şi clar şi să îşi comunice sentimentele, gândurile şi dorinţele într-un mod precis, cu scopul de a fi capabile să utilizeze ceea ce există, valorificând experienţa maternităţii ca pe o treaptă în dezvoltarea de sine. Conştientizarea tuturor trăirilor asociate acestei perioade este cheia maturizării.

Scopul general al acestui tip de terapie este facilitarea creşterii în familie şi a membrilor săi, în termenii autostimei şi comunicării eficiente. Creşterea individuală sau dezvoltarea personală în cazul femeilor gravide prin împlinirea dată de naşterea viitorului copil înseamnă totodată generarea unei puternice unităţi de familie.

Procesul terapeutic este în congruenţă cu scopurile tratamentului şi reprezintă un proces de facilitare a comunicării eficiente într-un context relaţional.

Se pot parcurge următoarele stadii ale procesului terapeutic:

1. Stabilirea unei relații de încredere cu familia (dezvoltarea unui prim plan de evaluare și tratament);

2. Dezvoltarea personală ca urmare a experiențelor trăite în familie;

3. Sprijinirea membrilor familiei în a conștientiza noi dinamici și interacțiuni în cadrul familiilor;

4. Sprijinirea membrilor familiei în a-și exprima și dezvolta noi modele comportamentale în cadrul familiei;

5. Încurajarea membrilor familiei în a utiliza noile comportamente în afara mediului terapeutic.

Un element de bază al comunicării în cadrul familiilor îl reprezintă crearea intimității. *Intimitatea* este definită ca fiind o calitate particulară pentru două persoane, aceea de a fi apropiate sub aspect emoțional-afectiv. Această legătură afectivă se bazează pe următoarele aspecte: intenții reciproce; responsabilitate; încredere; comunicare deschisă, sinceră, a sentimentelor și senzațiilor; schimb deschis și total de informații între parteneri; cooperare reciprocă; realizarea unei securizări reciproce prin sprijinirea unui partener prin celălalt.

Modelul intimității variază în raport cu persoanele implicate: soț–soție, mamă–copil etc. *Ele diferă ca semnificație din punct de vedere calitativ, cel mai important fiind raportul „mamă–copil".* În orice situație însă, intimitatea este importantă, întrucât ea determină calitatea vieții și a iubirii dintre parteneri.

Consilierea și terapia comunicării în familiile cu gravide pornește de la analiza unor elemente esențiale cum ar fi dezvoltarea intimității.Din punct de vedere psihologic, intimitatea ridică o serie de aspecte diferite pe care le vom analiza în continuare.

Teama de intimitate. Se pune problema „de ce nu există intimitate în unele cupluri? sau „de ce apare o frică de intimitate mai mare decât cea referitoare la sexualitate? " Multe cupluri care doresc să atingă un grad mai mare de intimitate sfârșesc prin a se îndrepta în direcția opusă apropierii. Intimitatea dă naștere la anxietate, producând, în felul acesta, îndepărtarea partenerilor.Fiecare cuplu încearcă să impună o serie de comportamente care tind uneori să se îndrepte sau să se apropie, reușind să mențină, cu ajutorul unor aranjamente continue, într-o direcție sau alta, o distanță ideală între membrii cuplului, asigurând o stare optimă de intimitate și evitând astfel anxietatea.

În cadrul unui cuplu intimitatea se dezvoltă treptat fie, în forma verbală sau în cea nonverbală. *Intimitatea verbală* constă în capacitatea de a comunica, prin intermediul limbajului, emoțiile și sentimentele cele mai intime celorlalți membri ai familiei.

În sexologie însă, latura neverbală a comunicării cuplului este mult mai importantă în aspectele intimității, fiind raportată în primul rând la sfera senzorială.

Intimitatea nonverbală implică două elemente comportamentale:

- elementul individual și
- elementul relațional

Elementul individual poate fi definit ca reprezentând contrariul pudorii, al izolării. El reprezintă capacitatea de a comunica cu corpul, de „a-ți arăta corporalitatea" sau de „a o pune în joc" sub aspect fizic, dar mai puțin erotic. Este o autoacceptare a sinelui și a propriului corp, sau o mai bună manieră de „a trăi în armonie cu tine însuți".

Elementul relațional constă în a refuza ca partenerul „să se arate", în a nu resimți dezgust sau intoleranță față de manifestările corporale, neerotice ale celuilalt. În acest caz, totul depinde de capacitatea de „a se accepta", întrucât dacă refuzi propriul tău corp este la fel de greu să-l accepți pe cel al altuia. Acest aspect are o mare valoare comunicațională în funcționalitatea intimă a cuplului.

Imaginea de sine a gravidei mai ales în dimensiunea eului fizic, corporal, se modifică foarte mult pe tot parcursul sarcinii, constituindu-se astfel contradicții între propria imagine anterioară sarcinii, cea idealizată a gravidei sănătoase, și cea actuală.Este posibil ca gravida să aibă dificultăți în a-și exprima liber, prin propriul său corp, trăirile și de a accepta în felul acesta „să se deschidă" celorlalți. Această „barieră fizică" este rezultatul unei educații excesiv de rigide în ceea ce privește pudoarea sau neacceptarea modificărilor corporale: creșterea în greutate. În această situație, dacă ea se manifestă, va produce dezgust, iritație, refuz, atitudini care reprezintă o veritabilă alarmă pentru funcționarea emoțională a cuplului respectiv.

Intimitatea și comunicarea senzorială

Intimitatea nonverbală se menține prin toate comportamentele care favorizează comunicarea senzorială. Intimitatea sexuală reclamă însă cea mai mică distanță posibilă între două persoane. În cazul acestui tip de „distanță" comunicarea este în primul rând senzorială, iar percepția vizuală își pierde din importanță. Canalele senzoriale cele mai importante sunt mirosul, pipăitul și percepțiile termice.Simțurile joacă un rol mediator în comunicarea individului cu lumea exterioară, întrucât se poate afirma că percepțiile sunt baza „simțului realității". Realitatea unui cuplu există, sau se bazează, în egală măsură pe comunicările senzoriale care circulă liber în interiorul acestuia și implicit în intimitatea sa. În raport cu canalul verbal, comunicarea senzorială are avantajul de a fi mediată, fără a cere elaborări cognitive speciale ale mesajului, și, având un caracter elementar, direct, imediat, nu se poate preta la confuzii. Dintr-o perspectivă mai largă, intimitatea este definită ca fiind o calitate particulară pentru două persoane, aceea de a fi apropiate sub aspect emoțional-afectiv. Această legătură afectivă se bazează pe următoarele aspecte: atenții reciproce și responsabilitate, încredere, comunicare deschisă, sinceră a sentimentelor și senzațiilor; schimb deschis și total de informații între parteneri, comunicare reciprocă; realizarea unei securizări reciproce prin sprijinirea unui partener prin celălalt. Secretul menținerii cuplului pare să se dezvăluie în valențele infinit motivatorii ale *intimității psihologice. Intimitatea psihologică* (cf. Oslon 1975, 1977) reprezintă un construct complex alcătuit din 7 dimensiuni: intimitatea emoțională; intimitatea intelectuală; intimitatea socială și recreațională; intimitatea fizică (nonsexuală); intimitatea sexuală; intimitatea temporală; intimitatea spirituală.

Intimitatea emoțională exprimă nevoia de a comunica și împărți cu partenerul toate sentimentele tale atât pozitive (fericire, voioșie, bună dispoziție) cât și negative (supărare, nefericire, frică, rușine, singurătate, oboseală).

Intimitatea intelectuală exprimă nevoia de a comunica și de a împărtăși partenerului idei, gânduri, credințe importante pentru tine și evoluția ta în planul cunoașterii.

Intimitatea socială și recreațională exprimă nevoia partenerilor de a se angaja în calitate de cuplu în experiențe sociale cât mai diverse.

Intimitatea fizică (nonsexuală) exprimă nevoia de apropiere fizică și contact corporal cu partenerul propriu. Apropierea fizică include experiențe precum ținutul de

mână, strânsul/ţinutul în braţe reciproc, dansurile lente, atingerile nonsexuale, sărutul dacă nu este un preludiu la o relaţie sexuală, dormitul în acelaşi pat cu partenerul, plimbatul împreună braţ la braţ.

Intimitatea sexuală exprimă nevoia de apropiere fizică, contact corporal, implicare şi interacţiune care sunt special construite pentru a stimula, excita şi satisface sexual. De asemenea ea exprimă nevoia de comunicare, împărtăşire şi exprimare a gândurilor, sentimentelor, dorinţelor şi fanteziilor sexuale.

Intimitatea temporală arată dimensiunea de timp fizic trăit împreună cu partenerul.

Intimitatea spirituală exprimă nevoia de împărtăşire a propriilor gânduri, sentimente, credinţe religioase precum şi practicile de căsătorie religioasă, ritualuri, experienţe religioase.

H. S. Kaplan consideră intimitatea drept o calitate particulară a două persoane de a fi aproape sub aspect emoţional, cu alte cuvinte de a dizolva orice distanţă psihologică ce ar putea bara o comunicare completă şi autentică. Ea induce o maximă transparenţă în raporturile dintre două persoane, susţinută de atenţie, responsabilitate şi încredere mutuală, comunicare sinceră a sentimentelor şi senzaţiilor, fără apărări şi disimulări, atunci când unuia dintre parteneri i se întâmplă ceva sub aspect emoţional. În cuplul erotic, intimitatea este importantă pentru că ea determină calitatea vieţii şi a dragostei, afirmă Kaplan în consens cu terapeuţii familiei chiar dacă sexologii opinează mai puţin frecvent pentru acest punct de vedere.

6.3.3.5. Abordarea gestaltistă

Orientarea psihoterapeutică gestaltistă, dezvoltată de Fritz Perls porneşte de la necesitatea integrării părţilor componente în cadrul personalităţii considerată ca un tot unitar. Scopul psihoterapiei este refacerea capacităţiii de evoluţie a fiinţei umane, ajutând pacientul să intre în contact cu nevoile sale neconştientizate, cât şi prin abordarea creativă a ambianţei. Pacientul trebuie să tindă să devină ceea ce este el cu adevărat, să privească dincolo de măşti, jocuri, mecanisme de apărare, să fie conştient aici şi acum, de tot ce există, să trăiască în prezent. El este încurajat să comunice la timpul prezent mai curând decât să-şi rememoreze trecutul, sau să-şi făurească vise pentru viitor. Procesul conştientizării are o serie de aplicaţii. In primul rând, el ajută la ghidarea individului spre o evaluare certă a propriilor sale experienţe, evitând verbalizarea fără sfârşit, explicaţiile şi interpretările. Conştientizarea senzaţiilor corporale, a celor externe, a percepţiilor, constituie una dintre cele mai utile surse de informaţii în procesul de consiliere.

6.3.3.6. Orientarea experienţială şi Psihoterapia unificării

Psihoterapia Unificării, inclusiv prin latura ei centrată pe dramaterapic, este conectată, de asemenea prin asimilarea de fond a unor concepte şi strategii de gândire simbolică, cu terapiile analitică şi psihanalitică, dar operează adesea în dimensiunea transgeneraţională şi transpersonală, fiind o modalitate fluidă între psihoterapiile centrate în psihologia clasică, în special umanistă şi cele care se lansează spre integrarea laturii spirituale a existenţei.

Din perspectiva terapiei unificării, femeia gravidă este considerată o ființă integrată în măsura în care este o persoană armonioasă, eficientă, flexibilă și sănătoasă. Ea devine astfel un veritabil agent al schimbării pozitive și în colectivitate, numai dacă ea este pregătită oricând în timpul sarcinii și după naștere să facă față cu minimum de efort și maximum de randament schimbărilor, factorilor interni și externi de stres, profitând de fiecare ocazie pentru a crește biologic și spiritual copilul din pântecele sale. De aceea ea nu se teme cu adevărat de nimic, pentru că orice i s-ar întâmpla, chiar și cu prețul suferinței, ea are capacitatea să reinvestească experiența traumatică într-o nouă șansă de a schimba ceva, de a se împlini astfel, printr-un sens nou, printr-o nouă iertare, printr-o renăscută unificare afectiv-cognitivă, printr-o creștere spirituală. Multe femei tinere care rămân însărcinate într-un moment pentru care nu sunt pregătite nici psihologic, nici socio-material procedează fie la ascunderea evenimentului, fie la negarea lui nevrotică, fie la respingerea psihică, dar și biologică a fătului- vezi sarcina toxică, avortul spontan în consens cu starea emoțională perturbată.

Frica de sarcină și de naștere pot fi direct corelate cu accidentele biologice cu expresii foarte sofisticate – de la avortul spontan, la disconfortul major neuro-vegetativ al gravidei – grețuri și vărsături incoercibile, vertij, anorexie, etc.

Lipsa pactării afective a mamei cu pruncul care urmează să vină, ca urmare a unui nivel foarte înalt de tensiune intrapsihică generat de frica de moarte sau de oprobiu public, de frica de abandon sau de respingere din partea soțului sau de către părinți, etc., ar putea fi motive cu puternic impact în funcționalitatea psiho-corporală și în consecință se pot reflecta la nivelul relației psiho-biologice cu fătul.

Acesta va supraviețui sau nu în funcție de cine este mai puternic- el prin puterea și voința proprie de a se naște conform programului său genetic și transgenerațional, ori inconștientul mamei prin natura negativă a emoțiilor și credințelor sale condiționate socio-cultural și educațional.

Un exercițiu ilustrativ pe care îl propunem în terapia cu tinerele gravide este ***jocul de-a nașterea***. Într-un astfel de joc, într-o primă etapă, materialul este derivat prin experiență indirectă: întâmplările auzite de gravide, cutumele, observarea și convorbirile cu alte gravide, pentru ca apoi gravida să experimenteze în demersul terapeutic, în mod imaginar toate experiențele pe care le trăiește: de la starea de anxietate care precede travaliul, la durerile din acea perioadă, până la starea de beatitudine care cuprinde o mamă după nașterea vaginală, comparativ cu nașterea prin cezariană, unde tânăra nu participă efectiv din punct de vedere psihologic (emoțional și comportamental).

A te iubi înseamnă a iubi deopotrivă Viața din tine și din ceilalți, viața sub toate formele ei, și de a participa spontan, conștient la ea. Căci ce altceva trăiește și experimentează fătul în uterul matern decât o stare de premeditație profundă care îl racordează simbiotic, fuzional la ritmul și energia vitală a propriei sale mame, cu care e unificat tot așa cum suntem și ne re-găsim fiecare în Sine.

După cum arăta Iolanda Mitrofan (2004), meditația este primul soft care activează în dezvoltarea intrauterină a copilului, prototipul funcțional al primei forme de a fi prezent, preconștient, participativ, de a pre-cunoaște și pre-răspunde, prin care accesează direct starea matricei primordiale, și din care învață să se disocieze treptat, să se desprindă.

Pentru făt, mama reprezintă simbolic Sinele, eternul Paradis pierdut, dinainte de cădere. Prima formă de unificare începe cu concepția, urmată de întâia lui individuare –

sub forma corpului constituit pe care matricea uterină îl va expulza în lume în momentul naşterii. În realitate, trecerea este rolul unei cooperări între el (Ego în devenire – copil) şi matricea primară (Sine-mama), iar blocajele sau accidentele travaliului comun sunt înalt semnificative şi simbolic anticipative pentru evoluţia biologică şi psihologică a copilului ce se naşte.

Naşterea este prima mare lecţie de supravieţuire, de contact cu o altă realitate, de intrare în relaţie, de a primi şi accepta. În desfăşurarea ei se află seminţele comportamentelor de dezvoltare şi adaptare de mai târziu şi sensurile personale ale evoluţiei fiecăruia dintre noi.

Terapia unificării îşi propune prin exerciţiile cu grupuri de femei gravide să argumenteze travaliile terapeutice centrate pe unificare, pentru a analiza mai târziu consecinţele în plan psihologic ale unui travaliu prelungit, cum supravieţuieşte copilul separării de mamă, cu ce costuri biologice şi egotice şi ce învaţă (după intrarea în noua lume să repete şi să schimbe permanent în scenariul său de viaţă).

Ceea ce este specific în abordarea holistă denumită terapia unificării este simultaneitatea demersului diagnostic şi terapeutic, prin participarea activă, conştientă şi înalt personalizată a clienţilor, prin intermediul exerciţiilor exploratorii şi situaţiilor proiective provocatoare, bazate pe puterea de expresie a limbajelor alternative simbolice, creatoare (corporale şi verbale).

6.4. Consilierea cuplurilor în caz de infertilitate sau de pierdere a sarcinii

Un capitol aparte pune în discuţie problematica medicală şi psihosocială şi strategiile clinice pentru cuplurile la care sarcina nu survine cu uşurinţă- cupluri care se confruntă cu pierderea sarcinii, avort, infertilitate şi tehnologiile reproductive care îşi propun să trateze infertilitatea.Ivan Boszormenyi-Nagy şi Geraldine Sparks (1973) arătau că: loialitatea familială este în mod caracteristic bazată pe o rudenie biologică, ereditară. Continuitatea afectivă şi biologică de la o generaţie la alta formează identitatea familiei, tradiţia familiei şi miturile familiei. În consecinţă, mulţi bărbaţi şi femei trec atât prin presiuni exterioare cât şi interioare de a avea copii.

Pentru cuplurile cu probleme de infertilitate şi pentru familiile lor, biologia reproducerii nu este un proces lin care să implice selectarea partenerului, expresia sexuală, sarcina şi naşterea. În locul acestora pot apărea implicaţii ale pierderilor traumatizante şi durere, sentimente de inadecvare şi invidie şi o perioadă potenţial lungă de interacţiune cu personalul medical precum şi cu consilierul psiholog care devine intim implicat în viaţa cuplului.În plus, problematica în jurul sexualităţii, controlul şi pierderea sarcinii pot constitui fie un liant, fie un element de ruptură pentru orice cuplu care trece prin stresul pierderii de sarcină sau al infertilităţii.

Terapeuţii medicali de familie pot juca un rol important în susţinerea cuplurilor şi familiilor în aceste crize de dezvoltare. Se poate solicita ajutorul consilierilor în orice stadiu al procesului de la diagnosticul iniţial al unei probleme, trecând prin procedurile de tratament mai complicat, la probleme care aparent nu au nici o legătură între ele şi care izvorăsc din chestiuni nesoluţionate în privinţa infertilităţii sau a pierderii sarcinii.

În Statele Unite ale Americii unele clinici îşi îndrumă frecvent pacienţii cu probleme de reproducere spre persoane care să le ofere consiliere, dar aceste clinici sunt minoritare. Alţi obstetricieni şi specialişti în fertilitate pun reacţiile emoţionale ale pacienţilor pe seama stării de angoasă produsă de un diagnostic sau de o pierdere de sarcină. Unii pacienţi solicită singuri ajutorul fie din cauză că recunosc necesitatea unui sprijin din partea personalului medical, în timpul unei perioade depresive sau fiindcă au nevoie de un ajutor în ceea ce priveşte alegerea unei opţiuni în tratament.Pacienţii cu probleme de reproducere pot stimula reacţii puternice ale terapeutului în privinţa sexului, reproducerii şi pierderii de sarcină. Terapeuţii de sex feminin pot avea o percepţie mai bună a acestor cazuri decât cei de sex masculin datorită tendinţelor biologice şi culturale, care fac din reproducere o responsabilitate mai mult a femeilor decât a bărbaţilor şi datorită unei concepţii a mai multor pacienţi că terapeuţii-femei pot înţelege mai bine şi pot oferi un sprijin mai consistent în aceste situaţii.În orice caz, deoarece societatea recunoaşte atât importanţa femeilor cât şi a bărbaţilor în creşterea copiilor şi deoarece terapeuţii de sex masculin manifestă interes în aceste domenii pot apărea din ce în ce mai multe şanse pentru mulţi terapeuţi cu orientare în diferite sisteme în a-şi dovedi eficienţa în aceste probleme. Cuplurile care trec prin probleme legate de reproducere prezintă în acelaşi timp dileme complexe şi provocatoare de ordin personal, interpersonal şi etic, dileme care macină centrul vital al vieţii de familie.

Pierderea sarcinii

Când o sarcină dorită sfârşeşte printr-o pierdere, evenimentul are drept consecinţe atât o stare de agitaţie fizică şi emoţională a femeii, cât şi un oarecare grad de stres în familie. Din punct de vedere psihologic sarcina reprezintă o şansă de pregătire pentru a deveni părinte, inclusiv pentru rezolvarea unor conflicte anterioare nesoluţionate din evoluţia cuplului. Un final neplanificat al sarcinii are ca rezultat o pierdere dureroasă şi intervine în procesul de evoluţie în egală măsură.

Procesul de angoasă

Abia în ultimii ani (după 2000) societatea noastră a început să recunoască importanţa avortului şi a altor pierderi de sarcină. Înainte de acea perioadă şi câteodată chiar şi acum, negarea importanţei acestei pierderi a avut ca rezultat izolarea cuplului şi a celor pentru care cuplul respectiv are o importanţă specială. Aceste situaţii erau adeseori ignorate în obstetrică. În prezent mulţi doctori şi spitale încearcă să inducă activ o reacţie sănătoasă faţă de procesul de angoasare. În multe cazuri, părinţii au experienţa unei dureri puternice în privinţa pierderii sarcinii şi le trebuie luni sau ani pentru a-şi reveni pe deplin. De Frain (1991) a concluzionat că perioada medie de însănătoşire pentru familiile în care a apărut un avort este de 9 până la 15 luni, iar pentru feţi morţi la naştere sau pentru sindromul morţii spontane a fătului la naştere până la 3 ani. Angoasa cauzată de pierderea sarcinii diferă în funcţie de măsura în care a fost dorită sarcina, de durata sarcinii, cantitatea de sprijin medical şi social de care dispune cuplul, capacitatea cuplului de a oferi sprijin unul celuilalt, vârstele şi antecedentele de fertilitate ale cuplului.

Dacă pierderea survine la un cuplu mai vârstnic, pentru care sarcina este rezultatul unui tratament îndelungat pentru infertilitate, implicaţiile pot fi altele decât în cazul unui cuplu relativ tânăr şi sănătos. Terapeuţii de familie pot fi în situaţia de a consulta cupluri în faza actuală, care urmează imediat pierderii de sarcină sau ca rezultat al unei reacţii complicate de angoasă. Din cauza lipsei istorice a sprijinului social în

cazuri de pierdere a sarcinii, această *angoasă vitală* (cf. Kirkley-Best şi Kellner, 1982) poate genera într-o gamă de probleme individuale şi interacţionale care pot fi sau nu recunoscute de pacienţi ca având vreo legătură cu pierderea. În consecinţă, terapeuţii care iau genograme şi antecedente familiale trebuie întotdeauna să pună întrebări specifice în privinţa datelor şi a informaţiilor despre avorturi, feţii morţi la naştere şi alte probleme de reproducere ale cuplului pentru a evalua impactul pierderii sarcinii şi al angoasei prelungite.

Avortul

Avorturile spontane sunt evenimente frecvente. Un avort la un stadiu avansat de sarcină poate fi resimţit altfel decât un avort la un stadiu timpuriu, dar fiecare reprezintă o pierdere şi trebuie supus unei recunoaşteri a semnificaţiei pe care o dă cuplul. Pentru unele cupluri o pierdere timpurie este foarte dureroasă şi devine mai dureroasă prin lipsa de suport din partea familiei şi a prietenilor, care sau nu au ştiut nimic despre sarcină, sau nu apreciază semnificaţia pierderii.

Unele femei şi unii parteneri au chiar experienţa momentului pierderii sarcinii ca o angoasă puternică. Terapia de familie poate normaliza experienţa pierderii şi poate facilita ritualurile care să ducă la depăşirea angoasei. Aşa cum se întâmplă cu multe crize, aceasta poate fi o ocazie pentru individ şi pentru cuplu de a-şi reuni forţele, de a-şi analiza scopurile în viaţă şi de a soluţiona pozitiv experienţa.

Prezentăm un exemplu oferit de Kirkley-Best şi Kellner. *În cazul unui cuplu care se prezentase pentru terapie maritală, Tracy în vârstă de 28 de ani avortase primul lor copil. Tracy era derutată, nu dormea noaptea şi slăbise considerabil în cele şase săptămâni de la avort. Bob în vârstă de 49 de ani îşi concentra atenţia asupra stării depresive a soţiei. Aceasta era pentru el a doua căsnicie, o relaţie care începuse cu o idilă în timpul primei căsnicii. Bob avea doi copii adolescenţi din prima căsătorie şi a spus că este de acord să aibă un copil cu Tracy, doar fiindcă ea îşi dorea atât de mult să fie însărcinată şi să fie mamă.*

După o reacţie iniţială de respingere a ideii de sarcină, Bob a cumpărat câteva lucruri pentru copilaş, a început să confecţioneze un leagăn şi începuse să vorbească în termeni pozitivi despre copil, chiar înainte de avort. În orice caz, după pierderea sarcinii el a început să se plângă de faptul că atitudinea lui ambivalentă dusese la pierderea copilaşului.

În timpul tratamentului, cuplul a hotărât să ţină o slujbă de pomenire. Atât Tracy cât şi Bob au scris mesaje copilului pierdut. Terapia s-a focalizat apoi pe abordarea problemelor de încredere nesoluţionate până atunci în relaţia lor.

Moartea fătului în uter

Moartea fătului în uter are ca rezultat naşterea unui făt mort. Aceasta este o pierdere care apare târziu într-o sarcină, după ce a trecut mult timp în care femeia şi partenerul său s-au legat de făt şi au nutrit speranţe şi vise pentru copilul nenăscut.

Strategiile clinice pentru cuplurile care au experienţa pierderii sarcinii

Terapia pentru cuplurile care au experienţa pierderii sarcinii implică o muncă de atenuare a angoasei, angoasă cauzată de pierderea speranţelor şi viselor pentru un copil care nu va mai fi, o pierdere ce poate rămâne necunoscută familiei şi prietenilor.

O audiere empatică a cuplurilor şi familiilor, care relatează detaliat experienţa lor este elementul de bază al acestei terapii.

Specialiştii recomandă *utilizarea următoarelor strategii:*

1. Recunoaşterea pierderii

Recunoaşteţi activ importanţa pierderii pentru cuplu. Încurajaţi-i să-şi vadă fătul sau copilul dacă şi-o doresc. Aceasta înseamnă în acelaşi timp să le acordaţi pacienţilor şansa de a-şi exprima durerea.

Aşteptaţi-vă ca aceşti pacienţi şi familiile lor să treacă prin reacţiile clasice ale durerii-şoc şi paralizare, căutarea şi tânjirea după copilul atât de dorit, derută şi depresie generală în recunoaşterea pierderii, reorientarea şi reconstruirea propriei lor vieţi după acceptarea pierderii.

Încurajaţi-i să facă o mormântare, sau o slujbă de pomenire sau oricare alt ritual dacă acesta este dorit. Ajutaţi-i să dispună de timpul necesar pentru a face ei înşişi o evaluare completă a evenimentului.

2. Normalizarea experienţei

Ascultaţi cu mare atenţie atunci când cuplul încearcă să găsească semnificaţia pierderii. Ajutaţi-l pe fiecare dintre dintre ei să ajungă la un răspuns personal, care în cele din urmă le poate aduce împăcarea sau mângâierea. (cf. De Frain, 1991)

Încurajaţi cuplul să comunice cu copiii lor, cu părinţii şi cu alţi membri importanţi ai familiei, precum şi cu prietenii *relatându-le ce li s-a întâmplat şi includeţi-i în orice ritual care marchează pierderea.*

Încurajaţi cuplurile pentru care religia oferă consolare să comunice cu preotul.

Ajutaţi cuplul să înţeleagă cum ei şi familiile lor au abordat pierderile anterioare, mai ales pierderile anterioare de sarcină. Ajutaţi-i să se decidă ce vor să menţină şi să aplice în cazul lor din aceste tradiţii şi eventual ce vor să schimbe.

Normalizaţi *jelania incongruentă* (cf. Peppers şi Knapp, 1980); de multe ori femeia deplânge pierderea copilului, în timp ce bărbatul îşi face griji mai mult pentru femeie.

Faptul că femeia poartă sarcina creează experienţe diferite ale sarcinii şi pierderea ei pentru un bărbat şi pentru o femeie.

Stilurile emoţionale diferite pot produce diferenţe şi dacă nu sunt recunoscute ca atare ele pot avea ca rezultat neînţelegerea şi conflictul în privinţa pierderii.

3. Încurajaţi educaţia medicală

Încurajaţi pacienţii să discute detaliile medicale ale pierderii sarcinii cu medicul, aşa încât experienţa să poată fi înţeleasă la un nivel cât se poate de complex. Această discuţie poate ajuta la risipirea sentimentelor de culpă sau a fanteziilor că pierderea ar fi cauzată de acţiunile anterioare ale femeii. (Eisinger, 1991). Informaţiile medicale pot avea de asemenea implicaţii în sarcinile ulterioare.

Propuneţi cuplului să citească literatură relevantă pentru cazul lor (precum Borg şi Lasker, 1981) şi să frecventeze întâlnirile unui grup de sprijin, de exemplu Asociaţia PEND (Părinţii care au experienţa morţii neonatale). Mulţi oameni consideră aceste lecturi şi experienţele de grup ca ajutoare de nepreţuit pe măsură ce încearcă să se adapteze şi să accepte pierderea neaşteptată.

4. Monitorizarea /supravegherea stării emoţionale şi fizice

Încurajaţi pacienţii să-şi poarte de grijă singuri şi să îşi monitorizeze starea fizică în anul următor. Angoasa intensă poate să accentueze/potenţeze sau să ascundă alte boli.

O femeie al cărui copil murise cu cinci luni mai devreme avea dureri de stomac supărătoare dar nu şi-a consultat doctorul deoarece presupunea că acestea reprezentau simptomele unei inimi zdrobite.

Este adevărat că femeia trăia o angoasă dar s-a dovedit de asemenea că ea necesita şi o extracţie a vezicii biliare. Faceţi o selecţie a reacţiilor de angoasă paroxistice şi persistente precum autoiluzionarea, stările suicidale, stările de flash-back (reveniri în timp) şi reacţiile disproporţionate de răspuns la crize ulterioare (Peppers şi Knapp, 1980).

Consultaţi medicul în măsură să vă indice medicaţia de care ar fi nevoie în aceste cazuri extreme. Multe cupluri au gânduri de sinucidere după pierderea unui copil (De Frain, 1991).

Acestea pot fi diferenţiate de cele care prezintă un risc sporit de a recurge la fapte bazate pe aceste intenţii.

5. Recomandarea amânării unei noi sarcini

Recomandaţi renunţarea la o nouă sarcină sau la adoptarea unui copil prea curând de la pierderea sarcinii. Majoritatea obstetricienilor recomandă o pauză de cel puţin şase luni până la o nouă încercare de a concepe un copil. Rowse, Clyman şi Green (1978) au descoperit că singurele semnale ale unei reacţii complicate de angoasă a femeilor, doi ani după naşterea unui copil mort sunt conceperea unei noi sarcini la cinci luni după pierdere sau naşterea unui geamăn în viaţă, pe lângă naşterea unui copil mort. Această recomandare poate fi mai dificil de susţinut în faţa unor cupluri mai vârstnice care simt presiunile ceasului biologic.

În orice caz, oricât timp s-ar aloca pentru o închidere a rănilor, aceasta ajută la *evitarea sindromului de înlocuire a copilului,* în care un copil conceput ulterior este împovărat de naşterea anterioară a unui vlăstar mort şi comparat neîncetat cu imaginea idealizată a copilului decedat (Cain şi Cain, 1964).

Cuplurile pot avea nevoie de un surplus de sprijin, dacă şi când concep o nouă sarcină, pentru a face faţă unei hipervigilenţe previzibile în privinţa sarcinii şi a revenirii reacţiilor de angoasă legată de pierderea sarcinii anterioare.

6. Monitorizarea/ supravegherea răspunsurilor personale

În calitate de terapeuţi ai familiilor care au experienţa pierderii sarcinii, trebuie să menţineţi o legătură strânsă cu propriile voastre experienţe ca părinţi pentru a fi pe deplin capabili să oferiţi sprijin pacienţilor în suferinţă.

De Frain a descris această experienţă în felul următor: când te implici în durerea familiilor ca profesionist, şansele sunt ca în timp să treci printr-o largă varietate de sentimente: absorbire totală, încătuşare, provocare, frustrare, groază, tristeţe, furie, spaimă paroxistică inexplicabilă, îmbogăţire şi binecuvântare.

Aceste cazuri solicită terapeutului medical de familie să se concentreze pe autoîngrijire şi să analizeze propriile reacţii şi întrebări în privinţa chestiunilor celor mai incitante privind sensurile şi tragedia.

PARTEA A II-A:
STUDIU EXPERIMENTAL PRIVIND EVALUAREA ŞI CONSILIEREA CUPLULUI ÎN PERIOADA PRE ŞI POST-NATALĂ

Argumente teoretice

În domeniul psihologiei, ***studiul particularităţilor evoluţiei şi dinamicii cuplului în perioada puerperală (perioada prenatală, perioada de graviditate şi perioada postnatală) este abordat din perspectiva consilierii familiale, a asistenţei psihoeducaţionale şi a terapiilor de familie.***

Lucrarea de faţă îşi propune să abordeze elementele de evaluare, consiliere şi asistenţă psihologică a familiilor în perioada gravidităţii femeii (prenatală, perinatală şi postnatală) în vederea adoptării unor roluri conjugale şi parentale sanogene, echilibrate şi eficiente.

În psihologia familiei există o serie de perspective de asistare a cuplului după cum urmează:

➢ *asistenţa premaritală* care presupune examinarea cu caracter medical, examinarea cu caracter psihodiagnostic şi de predicţie a compatibilităţilor de ordin psihologic, relaţional, educaţional pe baza corelării metodelor clinice cu metoda testelor de personalitate şi a scalelor de interapreciere; examinarea cu caracter social (cf. Vinti, Pascu, 1984),

➢ *consilierea premaritală* cu caracter formativ (pregătirea pentru viaţa de familie, exersarea conduitelor de rol premarital şi corecţia lor terapeutică, stimularea intercunoaşterii şi intercomunicării partenerilor, stimularea maturizării capacităţilor de decizie şi acţiune premaritală,

➢ *asistenţa conjugală* care se adresează cuplului în curs de acomodare la viaţa conjugală precum şi a cuplului aflat în dificultate (G. M. Lemaire, Balint, W. Masters şi V. Johnson)

➢ *psihoterapiile conjugale* aplicate cuplurilor disfuncţionale sau celor aflate în situaţia de divorţ şi postdivorţ (Mitrofan I.)

Se observă astfel includerea problematicii gravidităţii în alte abordări şi structuri ale consilierii familiale şi lipsa unui domeniu adecvat studierii particularităţilor psihologice ale acestei perioade din dezvoltarea femeii şi a cuplului.

Studiul se desfăşoară în 3 etape:

1. Evaluarea gradului de stabilitate şi interrelaţionare în cuplu în perioada prenatală

2. Diagnoza şi evaluarea psihologică a femeilor în perioada de graviditate

3. Consilierea psihologică a gravidelor în perioada intranatală şi a tinerelor mame în perioada post-natală

Din această perspectivă ne propunem să studiem dinamica interacţiunilor cuplului în perioada pre şi postnatală, identificând particularităţile acestora, schimbările care se impun datorită modificărilor comportamentelor de status şi rol ale tinerilor, având în vedere că sarcina reprezintă o piatră de hotar în dezvoltarea adultă.

ETAPA I:
Evaluarea gradului de stabilitate şi interrelaţionare în cuplu în perioada prenatală

1.1. Obiectivele cercetării

Obiectiv teoretic: identificarea factorilor psiho-sociali care acţionează pe parcursul evoluţiei relaţiei conjugale, asigurând homeostazia interacţională familială şi stabilitatea cuplului:

- nivelul de adaptare la viaţa de cuplu,
- nivelul de satisfacţie în cuplu,
- nivelul de coeziune în cuplu,
- nivelul de consens în cuplu,
- nivelul de expresie afectivă,
- nivelul calităţii relaţiei conjugale,
- nivelul de intercomunicare în cuplu.

Obiective metodologice

1. Studiul factorilor implicaţi în ***funcţionarea şi stabilitatea cuplului*** în perioada prenatală, identificarea ponderii fiecărui factor ce influenţează gradul de stabilitate al cuplului.
2. Studiul corelaţiei dintre factorii psiho-sociali ce acţionează la nivelul cuplului în perioada prenatală
3. Fundamentarea unui sistem de consiliere si asistenţă complexă a familiei în perioada prenatală cu scop de profilaxie şi terapie recuperatorie a disfuncţiilor comportamentului interacţional.

1.2. Ipotezele cercetării

Ipoteză generală:

În comparaţie cu cuplurile care au durata parteneriatului mai mică de 5 ani, în perioada prenatală, cuplurile cu durata parteneriatului mai mare de 5 ani îşi formează un sistem de adaptare mai stabil la viaţa de cuplu favorabil naşterii şi creşterii copiilor.

Ipoteze derivate:

1.2.1. Se prezumă că există o corelaţie semnificativ mai puternică între nivelul de adaptare la viaţa de cuplu şi nivelul de intercomunicare, în cazul

cuplurilor cu durata parteneriatului peste 5 ani, comparativ cu cele cu durata parteneriatului sub 5 ani

1.2.1.1.Se prezumă că nivelul de satisfacție în cuplul conjugal corelează cu nivelul de intercomunicare în cuplu.

1.2.1.2. Se prezumă că nivelul de consens diadic corelează cu nivelul de intercomunicare în cuplu

1.2.1.3. Se prezumă că nivelul de coeziune al cuplului corelează cu nivelul de intercomunicare în cuplu

1.2.1.4. Se prezumă că nivelul de expresie afectivă corelează cu nivelul de intercomunicare în cuplu

1.2.2. Se prezumă că există o corelație semnificativă între modul de evaluare a relației de cuplu de către parteneri și nivelul de adaptare la viața de cuplu

1.2.3. Se prezumă că există o corelație semnificativă între modul de evaluare a relației de cuplu de către parteneri și nivelul de intercomunicare în cuplu

1.3. Descrierea lotului de cercetare

S-a efectuat pe un lot de 150 de cupluri (300 subiecți cu vârsta cuprinsă între 17 ani și 8 luni și 44 ani și o lună) din județele Constanța, Tulcea, Brăila, Ialomița, Călărași, Galați. Lotul investigat este alcătuit din cupluri care își doresc nașterea unui copil în familie sau cupluri cu gravide primipare (la prima sarcină) sau multipare.

Subiecții au constituit două eșantioane distincte: un prim eșantion a fost format din 75 cupluri maritale cu durata partenеratului cuprins între 1 și 5 ani, iar cel de-al doilea eșantion a fost constituit din 75 cupluri maritale cu durata parteneriatului peste 5 ani. Astfel, am putut verifica ipotezele formulate atât la nivelul cuplurilor cu durata până în 5 ani, cât și pentru cele ce au depășit 5 ani, identificând factorii favorizanți pentru evoluția normală a relației maritale, pentru nașterea, creșterea și educarea copiilor.

1.4. Descrierea instrumentelor de cercetare

Instrumente de cercetare:

1. Ancheta pe bază de interviu
2. Scala de adaptare în cuplu -Dyadic Adjustment Scale (DAS) (Graham B. Spanier 1986,1989)
3. Chestionar de evaluare a percepțiilor soților asupra relației maritale Marital Comparison Level Index (MCLI) (Ronald M. Sabatelli, 1984)
4. Chestionar de intercomunicare în cuplu (CIC) (instrument personal)

1. Ancheta pe bază de interviu a presupus stabilirea de raporturi verbale centrate pe tema investigată. Astfel au existat interviuri cu ambii parteneri de cuplu, focalizate în vederea obținerii de date referitoare la: durata căsătoriei, vârsta soțului și a soției, studiile celor doi parteneri, numărul de copii, existența unei locuințe proprii și religia soțului și a soției.

2. Scala de adaptare în cuplu -Dyadic Adjustment Scale (DAS) (Anexa 1)

Autor: Graham B. Spanier.

Scop: măsurarea calității căsniciei

Descriere: Acest instrument de 32 itemi este construit pentru a evalua calitatea relației așa cum este percepută ea de cuplul marital. Poate fi folosit ca o măsură generală a satisfacției în cuplul intim prin utilizarea scorurilor totale sau poate măsura patru aspecte ale relației:

- satisfacția diadică (DS),
- coeziunea diadică (DCoh),
- consensul diadic (DCon) și
- expresia afectivă (AE).

Scorare: Scorul total este suma tuturor itemilor, putându-se întinde de la 0 la 151, unde scorurile înalte reflectă o relație mai bună.

Itemii factor sunt:

- DS – 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31, 32;
- DCoh – 24, 25, 26, 27, 28;
- DCon – 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15;
- AE – 4, 6, 29, 30.

3. Chestionar de evaluare a percepțiilor soților asupra relației maritale – Marital Comparison Level Index (MCLI) (Anexa 3)

Autor: Ronald M. Sabatelli

Scop: evaluarea percepțiilor soților asupra relației maritale.

Descriere: Este un instrument de 32 itemi construit pentru a măsura percepția unui individ despre gradul în care relația maritală se ridică la expectațiile sale. Poate fi văzut ca o evaluare globală a nemulțumirii subiecților pentru relația lor maritală. Se bazează pe ideea că o persoană este nemulțumită de un aspect al vieții sale în momentul în care acel aspect nu corespunde expectațiilor sale. Pentru a evalua rezultatele maritale referitoare la expectații, fiecare item a fost scorat pe o scală de 7 puncte în care punctul din mijloc reflectă nivelul expectației subiectului. Acesta permite subiecților să indice gradul în care relația lor se situează asupra sau dedesubtul expectației.

Scorarea: Se scorează prin însumarea scorurilor: 1 punct dacă încercuiește –3; 2 puncte pentru –2; 3 puncte pentru –1, 4 puncte pentru 0; 5 puncte pentru +1; 6 puncte pentru +2; 7 puncte pentru +3. Scorurile înalte indică o evaluare mai bună comparativ cu expectațiile.

4. Chestionar de intercomunicare în cuplu (CIC) (Anexa 4)

Scop: evidențierea mecanismelor de intercomunicare maritală.

Descriere: este un chestionar ce cuprinde 30 itemi grupați în cinci categorii, niveluri de interacțiune specifice cuplului:

- nivelul organizatoric-administrativ,
- nivelul atitudinal,
- nivelul relațional,
- nivelul afectiv,
- nivelul interacțiunilor cu copilul

Etape parcurse în construirea acestui chestionar:

– ***Operaționalizarea conceptului***

Analiza mecanismelor de *intercomunicare diadică* își propune să dezvăluie tipurile, cantitatea și calitatea indicatorilor psihocomportamentali specifici intercomunicării maritale. Tipurile de intercomunicare sunt legate de tipurile de interacțiuni specifice cuplului și grupate pe nivelurile amintite mai sus. Fiecărui nivel i se substituie o serie de indicatori psihocomportamentali, transpuși în itemii din chestionar:

a) nivelul organizatoric-administrativ:
   1. concepții privind petrecerea timpului liber: itemii 1, 18, 26
   2. cooperarea privind activitățile practic menajere și de planificare a bugetului: itemii 2, 12, 23
b) nivelul reacțional-atitudinal
   1. exprimarea soluțiilor în rezolvarea unor probleme: itemii 7, 9, 30
   2. valorizarea relațiilor interpersonale în familie și în societate: itemii 3, 13, 29
c) nivelul relațional
   1. efortul depus în vederea valorizării personalității celuilalt partener: itemii 8, 17, 24
   2. interesul manifestat pentru celălalt partener: itemii 10, 19, 22
d) nivelul afectiv
   1. gradul de intimitate: itemii 5, 6, 11
   2. gradul de încredere între cei doi parteneri: itemii 20, 21, 25
e) nivelul acceptării rolului parental
   1. concepții privind nașterea, creșterea copiilor: itemii 4, 15, 27
   2. concepții socio-educaționale: itemii, 14, 16, 28

– ***Formularea întrebărilor chestionarului***

Am formulat itemii pe baza indicatorilor prezentați mai sus și am ținut cont de următoarele reguli:

- să fie înțeleși de toți participanții la studiu;
- să evite asocierile de cuvinte greu de înțeles;
- să nu sugereze răspunsul

– ***Scorarea.*** Pentru fiecare item am utilizat o scală de la 1 la 5, pe care am menținut-o pe tot parcursul chestionarului: 1 – măsoară gradul redus de comunicare, 5 – măsoară valoarea maximă a nivelului comunicării.

– ***Ordonarea itemilor.*** Am ordonat itemii ținând cont de indicatorii stabiliți. După alcătuirea chestionarului, în partea de început am notat instrucțiunile.

Pretestarea chestionarului. A fost efectuată pe un lot de 40 cupluri din orașul Constanța cu vârsta cuprinsă între 24 ani și 4 luni și 45 ani și o lună. Chestionarul nu a necesitat modificări pentru că la nici o variantă de răspuns nu s-a depășit procentul de 50%.

– ***Testarea chestionarului.*** Am aplicat chestionarul pe un eșantion de 40 cupluri, din orașul Constanța, cu vârsta cuprinsă între 26 ani și 3 luni și 58 ani și o lună. Eșantionul a fost ales prin randomizare.

– ***Estimarea validității și fidelității testului***

Pentru estimarea validității chestionarului aplicat, am respectat validitatea de conținut sau construct. În sensul acesta fiecare indicator psihocomportamental stă la baza unui item din chestionar.

Estimarea fidelității. S-a realizat prin cele 2 metode:

➢ **Metoda test – retest**

Chestionarul a fost administrat unui eșantion de 40 cupluri din orașul Constanța cu vârste cuprinse între 18 ani și 3 luni și 38 ani și o lună. După un interval de două săptămâni, am administrat testul aceluiași eșantion, înregistrând rezultatele și obținând coeficientul de corelație „r" Bravais-Pearson. La verificarea fidelității prin metoda test-retest s-a obținut coeficientul de corelație $r = 0,96$ care corespunde lui $p < 0,0001$, coeficient de corelație semnificativă.

➢ **Metoda half-split**

Eșantionul a fost împărțit în două grupe (prima grupă a fost scorată numai la itemii cu număr par, iar a doua grupă la itemii cu număr impar). Coeficientul de fidelitate între scorurile obținute la cele două grupe este: $r = 0,86$ la un prag de semnificație $p<0,0001$, coeficient semnificativ.

1.5. Organizarea, planificarea și desfășurarea cercetării

Cercetarea s-a desfășurat în perioada ianuarie 2004 – mai 2005 în orașul Constanța pe un lot ce cuprinde două eșantioane independente: eșantion 1 (75 cupluri cu durata parteneriatului până în 5 ani) și eșantion 2 (75 cupluri cu durata parteneriatului mai mare de 5 ani), care își doresc nașterea unui copil în familie sau cupluri cu gravide primipare (la prima sarcină) sau multipare. Toți subiecții participanți la cercetare au fost asigurați că rezultatele vor fi folosite numai în scopul realizării prezentei cercetări.

Etapele cercetării:

➢ stabilirea temei;
➢ consultarea bibliografiei de specialitate;
➢ conturarea obiectivelor și a ipotezelor de lucru;
➢ alegerea eșantionului;
➢ stabilirea tehnicilor și a instrumentelor de lucru;
➢ consemnarea rezultatelor obținute;
➢ prelucrarea și interpretarea rezultatelor;
➢ realizarea corelațiilor pe baza rezultatelor obținute la teste;
➢ elaborarea concluziilor finale.

1.6. Interpretarea rezultatelor cercetării

Chestionarele prezentate pe larg anterior au fost aplicate pe cele două eșantioane, obținându-se o colecție de date care au fost consemnate în tabelele de rezultate. Prezentăm în continuare datele sintetice obținute pentru fiecare chestionar aplicat.

1. Scala de adaptare în cuplu -Dyadic Adjustment Scale (DAS)
Autor: Graham B. Spanier.

Scop: măsurarea calităţii căsniciei

Adaptarea maritală vizează atât restructurări la nivelul comportamentului de rol marital al indivizilor, cât şi la nivelul funcţionalităţii lor interpersonale.

La nivel individual, ea presupune orientări, potenţări, activări şi reorientări succesive, dinamice ale motivaţiilor de parteneriat (biologic-sexuale, socio-afective, de autorealizare şi autodezvoltare a personalităţii), precum şi a disponibilităţilor de parteneriat, determinate esenţial de factorul vârstă, normalitatea şi integritatea biopsihică, nivelul maturizării afective şi relaţionale, flexibilitatea şi plasticitatea adaptativă în rolul conjugal.

La nivel interpersonal, adaptarea maritală vizează sincronizarea şi complementaritatea intercomunicărilor, potenţarea şi maturizarea sentimentelor mutuale de afecţiune, ca şi a climatului afectiv familial, aprofundarea intercunoaşterii partenerilor, stimularea intervalorizărilor în cuplu, echilibrarea şi optimizarea sferei acţiunilor şi deciziilor maritale, interdezvoltarea rolurilor conjugal-parentale. ***La nivelul primului eşantion*** (cupluri cu durata parteneriatului până în 5 ani) s-au obţinut valori cuprinse între 80 şi 137 de puncte, însă majoritatea scorurilor totale s-au grupat în jurul valorilor cuprinse între 115 şi 125 cu o medie de 118, 53. Ştiind că scorul maxim este 151, putem afirma că la nivelul acestui eşantion se înregistrează un **nivel mediu privind calitatea relaţiei maritale**. În ceea ce priveşte ***al doilea eşantion***, constatăm că s-a înregistrat o creştere a scorului total (valoarea minimă este 46, iar valoarea maximă 148), majoritatea rezultatelor situându-se între 120 şi 140 puncte, cu o medie de 122, 01, ceea ce indică un **nivel înalt al calităţii relaţiei maritale.** Acest lucru ne determină să afirmăm că după 5 ani de parteneriat conjugal **creşte gradul de adaptare la viaţa de cuplu.**

Nivelul de adaptare la viaţa de cuplu va fi analizat, în cele ce urmează, în mod comparativ pentru cuplurile cu durata parteneriatului sub 5 ani şi cuplurile cu durata parteneriatului peste 5 ani în funcţie de următorii factori: ***nivelul de satisfacţie în cuplu, nivelul de coeziune între partenerii de cuplu, nivelul de consens între parteneri, nivelul de expresie afectivă***

1. Nivelul de satisfacţie în cuplu

Satisfacţia conjugală reprezintă un set de atitudini pozitive ale persoanei căsătorite faţă de viaţa şi activitatea sa conjugală. Aceasta constituie ecoul în plan psiho-afectiv al succesului conjugal şi familial interpretat ca indicator al fericirii personale, al unei depline adaptări a soţilor la viaţa de cuplu, obţinerea satisfacerii sexuale, armonizarea personalităţii, obţinerea echilibrului emoţional şi a mulţumirii sentimentale.

La nivelul primului eşantion (cupluri cu durata parteneriatului până în 5 ani) s-au obţinut valori cuprinse între 25 şi 48 de puncte, însă majoritatea scorurilor totale s-au grupat în jurul valorilor cuprinse între 35 şi 40 şi cu o medie de 38,8 puncte. În ceea ce priveşte ***al doilea eşantion***, constatăm că s-a înregistrat o creştere a scorului total (valoarea minimă este 17, iar valoarea maximă 51), majoritatea rezultatelor situându-se între 35 şi 45 de puncte, cu o medie de 40, 2 puncte.

La nivelul primului eşantion se înregistrează un nivel mediu comparativ cu al doilea eşantion la nivelul căruia se înregistrează un nivel ridicat al satisfacţiei în relaţia maritală.

Pentru cuplurile participante la cercetare, am constatat existenţa unui nivel mai ridicat de satisfacţie la nivelul căsniciilor ce au depăşit 5 ani de căsătorie. Ca succes în îndeplinirea sarcinilor căsniciei, satisfacţia conjugală înseamnă: a avea copii şi a-i educa în mod corespunzător, a dobândi succesul economic, adică a realiza bunăstarea materială, a realiza aşteptările instituţiilor de stat şi religioase, a desfăşura o susţinută activitate de către ambii soţi în viaţa socială şi culturală.

2. Nivelul de coeziune între partenerii de cuplu

Există o serie de factori care acţionează pentru coeziunea vieţii de cuplu: stima şi afecţiunea reciprocă; dorinţa de a duce o viaţă în comun alături de altul; existenţa unui spaţiu comun; compatibilitatea sexuală; un nivel mutual similar privind instruirea, poziţia socială, venitul, ocupaţia.

Pentru cuplurile participante la cercetare, am constatat existenţa unui nivel uşor mai ridicat al coeziunii la nivelul cuplurilor ce au depăşit 5 ani de convieţuire.

Astfel, coeziunea la nivelul cuplului conjugal presupune o atitudine de adeziune faţă de partener, faţă de familie. ***La nivelul primului eşantion*** (cupluri cu durata parteneriatului până în 5 ani) s-au obţinut valori cuprinse între 13 şi 25 de puncte, însă majoritatea scorurilor totale s-au grupat în jurul valorilor cuprinse între 18 şi 20 şi cu o medie de 18,57 puncte. La nivelul acestui eşantion se înregistrează un **nivel mediu al coeziunii în relaţia maritale.** În ceea ce priveşte ***al doilea eşantion***, constatăm că s-a înregistrat o creştere uşoară a scorului total (valoarea minimă este 7, iar valoarea maximă 25), majoritatea rezultatelor situându-se între 15 şi 25 de puncte, cu o medie de 18,6 puncte.

Câteva cazuri deosebite pentru al doilea eşantion au fost cele care se află într-o situaţie disfuncţională: despărţirea soţilor pe o perioadă îndelungată de timp datorită condiţiilor socio-economice precare (soţii muncesc în afara ţării de aproximativ 8 respectiv 10 ani) şi implicit în cazul acestor cupluri nivelul de coeziune intrafamilială scade.

3. Nivelul de consens între parteneri

Nivelul de consens între parteneri reprezintă o formă a interacţiunii psihosociale mutuale constând în asocierea şi coordonarea iniţiativelor, cunoştinţelor şi eforturilor celor doi parteneri în vederea atingerii unor obiective comune. Consensul între parteneri determină în cazul cuplurilor funcţionale, stabile, creşterea coeziunii intramaritale. ***La nivelul primului eşantion*** (cupluri cu durata parteneriatului până în 5 ani) s-au obţinut valori cuprinse între 33 şi 64 de puncte, însă majoritatea scorurilor totale s-au grupat în jurul valorilor cuprinse între 47,5 şi 57, 5 şi cu o medie de 52, 6 puncte. La nivelul acestui eşantion se înregistrează un **nivel mediu al consensului în relaţia maritală**. În ceea ce priveşte ***al doilea eşantion*** constatăm că s-a înregistrat o creştere uşoară a scorului total (valoarea minimă este 20, iar valoarea maximă 65), majoritatea rezultatelor situându-se între 50 şi 60 de puncte, cu o medie de 54,8 puncte.

Pentru cuplurile participante la cercetare, am constatat existenţa unui nivel uşor mai ridicat al coeziunii la nivelul cuplurilor ce au depăşit 5 ani de convieţuire. În primii ani de căsătorie, coincidenţi cu perioada de intracomunicare, confruntările generate de adoptarea şi exercitarea rolurilor conjugale sunt în general frecvente şi perturbatoare pentru armonia cuplului. Geneza acestor confruntări rezidă în divergenţele posibile între două modele de rol

conjugal preluate din două familii, cel mai adesea diferite din punctul de vedere al particularităţilor desfăşurării „jocului de rol marital". Se confruntă, aşadar, în perioada de căsătorie de la 0 la 5 ani, nu atât personalităţile partenerilor, cât aderenţele lor la vechile modele, preluate din familiile de apartenenţă. După 5 ani de convieţuire se modifică nivelul de consens dintre parteneri deoarece aceştia au atins un nivel ridicat de intercunoaştere şi îşi exprimă adeziunea comună la normele, standardele şi interesele sociale.

4. Nivelul de expresie afectivă

Nivelul de expresie afectivă reprezintă modul de raportare afectivă la o anumită persoană ce se traduce în: preferinţă şi atracţie interpersonală, preţuire, simpatie, grijă, căldură, apropiere sufletească. În parteneriatul conjugal expresia afectivă se traduce în afecţiune reciprocă şi constituie un element central, de fond. În cadrul cuplului conjugal, stabil şi funcţional expresia afectivă funcţionează ca un factor cu puternice efecte reglatorii asupra conduitei maritale a fiecărui soţ. ***La nivelul primului eşantion*** (cupluri cu durata parteneriatului până în 5 ani) s-au obţinut valori cuprinse între 5 şi 10 puncte, cu o medie de 8,49 puncte, astfel încât putem afirma că la nivelul acestui eşantion se înregistrează un **nivel mediu al expresiei afective în relaţia conjugală**. În ceea ce priveşte ***al doilea eşantion***, constatăm că s-a înregistrat o scădere uşoară a scorului total (valoarea minimă este 2, iar valoarea maximă 10 cu o medie de 8,38 puncte).

2. Chestionar de evaluare a percepţiilor soţilor asupra calităţii relaţiei maritale – Marital Comparison Level Index (MCLI)

Autor: Ronald M. Sabatelli

Prin aplicarea acestui chestionar s-a evaluat modul în care partenerii unui cuplu percep relaţia maritală, în ansamblul ei privind: gradul de încredere între parteneri, gradul de conflict privind alegerea prietenilor, petrecerea timpului liber, nivelul de iubire experimentat, gradul de comunicare interpersonală, nivelul compatibilităţii între parteneri. ***La nivelul primului eşantion*** cupluri cu durata parteneriatului până în 5 ani s-au obţinut valori cuprinse între 78 şi 215 de puncte, însă majoritatea scorurilor totale s-au grupat în jurul valorilor cuprinse între 140 şi 180 puncte, cu o medie de 156,7 puncte. La nivelul acestui eşantion se înregistrează un **nivel mediu al evaluării calităţii relaţiei maritale**.

În ceea ce priveşte ***al doilea eşantion*** constatăm că s-a înregistrat o creştere uşoară a scorului total (valoarea minimă este 48, iar valoarea maximă 221), majoritatea rezultatelor situându-se între 150 şi 210 puncte, cu o medie de 171 puncte. Rezultatele obţinute pot fi explicate prin faptul că în *primii ani de căsătorie*, coincidenţi cu perioada de acomodare, confruntările generate de adoptarea şi exercitarea rolurilor conjugale sunt în general frecvente şi perturbatoare pentru armonia cuplului. Geneza acestor confruntări rezidă în divergenţele posibile între două modele de rol conjugal preluate din două familii, cel mai adesea diferite din punctul de vedere al particularităţilor desfăşurării „jocului de rol marital". Se confruntă, aşadar, în perioada de căsătorie de la 0 la 5 ani, nu atât personalităţile partenerilor, cât *aderenţele lor* la vechile modele, preluate din familiile de apartenenţă.

3. Chestionar de intercomunicare în cuplu

Scop: evidenţierea mecanismelor de intercomunicare maritală.

Autor: Enache Rodica

Eficienţa comunicării conjugale conduce la creşterea gradului de integrare a fiecărui partener în viaţa şi activitatea conjugală şi ulterior la adoptarea rolurilor parentale într-o manieră sanogenă şi eficientă. ***La nivelul primului eşantion*** (cupluri cu durata parteneriatului până în 5 ani) s-au obţinut valori cuprinse între 62 şi 144 de puncte, însă majoritatea scorurilor totale s-au grupat în jurul valorilor cuprinse între 110 şi 140 puncte, cu o medie de 118,89 puncte. La nivelul acestui eşantion se înregistrează un **nivel mediu al evaluării calităţii relaţiei maritale**. În ceea ce priveşte ***al doilea eşantion*** constatăm că s-a înregistrat o creştere uşoară a scorului total (valoarea minimă este 65, iar valoarea maximă 148), majoritatea rezultatelor situându-se între 115 şi 145 puncte, cu o medie de 122,94 puncte.

Verificarea ipotezelor cercetării

IPOTEZA secundară 1

Se prezumă că există o corelaţie semnificativ mai puternică între nivelul de adaptare la viaţa de cuplu şi nivelul de intercomunicare în cazul cuplurilor cu durata parteneriatului peste 5 ani comparativ cu cele cu durata parteneriatului sub 5 ani.

Adaptarea maritală sau interadaptarea maritală reprezintă un proces interacţional complex prin intermediul căruia cele două personalităţi maritale se intermodelează creator, dezvoltându-se şi corelându-se mutual, prin interacomodare şi interasimilare, simultan în plan biologic, psihologic şi social în cadrul convieţuirii lor. ***La nivel individual*** adaptarea maritală presupune orientări, potenţări, activări şi reorientări succesive, dinamice ale motivaţiilor de parteneritate (biologic-sexuale, socio-afective, de autorealizare şi autodezvoltare a personalităţii) precum şi a disponibilităţilor de parteneritate, determinate esenţial de factorul vârstă, normalitatea şi integritatea biopsihică, nivelul maturizării afective şi relaţionale, flexibilitatea şi plasticitatea adaptativă în rolul conjugal.

La nivel interpersonal adaptarea maritală vizează sincronizarea şi complementaritatea intercomunicărilor, potenţarea şi maturizarea sentimentelor mutuale de afecţiune şi a climatului afectiv familial, aprofundarea intercunoaşterii partenerilor, stimularea intervalorizărilor în cuplu, echilibrarea şi optimizarea sferei acţiunilor şi deciziilor maritale, interdezvoltarea rolurilor conjugal-parentale. ***Intercomunicarea în cuplu*** exprimă disponibilitatea de a stabili un dialog interpersonal flexibil, disponibilitatea de interadaptare deschisă şi originală a fiecărui partener de a se structura dinamic armonic, prin mecanismul de interdezvoltare a personalităţilor maritale, una cu cealaltă, una pentru cealaltă şi una prin intermediul celeilalte.

Interpretarea rezultatelor

Cuplul marital sau cuplul conjugal se autocreează ca microstructură biopsihosocială prin intermediul mecanismelor de preacomodare, acomodare, stratificare şi asimilare interpersonală, în sensul armonizării, sincronizării şi compatibilizării treptate a conduitelor de rol marital şi parental, care instrumentează satisfacerea funcţiilor interne şi externe ale familiei. Adaptarea maritală vizează atât restructurări la nivelul comportamentului de rol marital al indivizilor, cât şi la nivelul funcţionalităţii lor interpersonale.

Se observă că valoarea coeficientului de corelație între nivelul de adaptare și nivelul de intercomunicare diferă între cele două categorii de cupluri, în sensul că o comunicare eficientă și profundă între parteneri asigură un grad înalt de adaptare maritală în cazul cuplurilor cu durata parteneriatului mai mare de 5 ani, spre deosebire de cuplurile cu durata parteneriatului mai mică de 5 ani, la nivelul cărora este mai dificilă adaptarea interpersonală. Soții dezvoltă, încă de la începutul relației, un sistem de comunicări verbale, dar mai ales nonverbale (posturale, gestuale, expresive) care amplifică posibilitățile lor de interacțiune.

Vehicularea informațiilor între parteneri, atât în plan verbal, cât și nonverbal, sub forma unui dialog complex, produce satisfacții mutuale ce variază de la o etapă la alta, de la o situație la alta și de la un cuplu la altul. Atunci când partenerii unui cuplu sunt capabili să se asculte unul pe altul, să se întrebe și să comenteze asupra subiectelor pentru care există un interes personal, ei pot conlucra și interacționa optim, astfel încât fiecare să fie stimulat în a se dezvolta și a resimți satisfacție.

Condiția esențială, pentru ca intercomunicarea să fie eficientă într-un cuplu, este calitatea mesajelor, semnificația lor raportată la sistemul de „cerere și ofertă", „recompensă și sancțiune", „primire și respingere". A ști ce, când și cum să comunici, în situația de parteneritate, constituie o disponibilitate esențială pentru continuarea vieții în cuplu și pentru corecția succesivă a stilului interacțional.

IPOTEZA derivată 1.1.

Se prezumă că nivelul de satisfacție în cuplul conjugal corelează cu nivelul de intercomunicare în cuplu.

Interpretarea rezultatelor

Satisfacția conjugală reprezintă o configurație psihică complexă, nu întotdeauna integral conștientizată, constând într-un set de atitudini pozitive ale persoanei față de viața și activitatea sa conjugală. Satisfacția conjugală poate fi completă, integrală, ca urmare a funcționării optime, eficiente a vieții conjugale în toate dimensiunile ei (așa cum s-a observat în multe din cazurile cu durata parteneriatului mai mare de 5 ani) sau parțială sau incompletă, manifestată în cazul cuplurilor cu durata parteneriatului mai mică de 5 ani. În asemenea cazuri, satisfacția conjugală se conturează ca urmare a intervenției unor modalități și mecanisme de compensare interpersonală. Un rol deosebit de important în apariția și conturarea satisfacției conjugale îl are comportamentul de rol conjugal, care poate produce restructurări fundamentale în cadrul setului de imagini și aprecieri ale partenerului conjugal în raport cu sine însuși. Intercomunicarea maritală este mecanismul psihosocial care mediază și condiționează dinamica interacțională în cuplu. Ea reprezintă un sistem de vehiculare a informațiilor de către partenerii conjugali, atât în plan verbal cât și nonverbal, atât conștient cât și inconștient sub forma unui dialog complex, ale cărui tipare, stil, profunzime, cantitate și calitate, funcționalitate și producere de satisfacții mutuale variază de la o o etapă la alta, de la o situație la alta și de la un cuplu la altul. Dacă în cazul cuplurilor cu durata parteneriatului mai mică de 5 ani corelația între nivelul de satisfacție în cuplu și nivelul de intercomunicare în cuplu are valoarea de 0,49, aceasta înregistrând o valoare slabă, în cazul cuplurilor cu durata parteneriatului mai mare de

5 ani aceasta are o valoare de 0,62 aceasta reprezentând o valoare semnificativă de intensitate medie, foarte apropiată de valorile de intensitate puternică. Proprii cuplului sunt modelele de intercomunicare sexual-senzitivă și erotico-afectivă, conștiente și inconștiente, verbale și nonverbale. Cuplul este un perpetuu creator de codificări erotico-senzitive, îmbogățind și perfecționând limbajul și cunoașterea senzorială prin semnificații afective și ideative, ce le conferă calitatea unor veritabile acte de cultură erotico-senzitivă.

IPOTEZA derivată 1.2.

Se prezumă că nivelul de consens diadic corelează cu nivelul de intercomunicare în cuplu

Interpretarea rezultatelor

În interpretarea nivelului de interadaptare conjugală un rol important alături de nivelul de satisfacție, nivelul de coeziune intraconjugală și expresia afectivă îl are și nivelul de consens conjugal. Consensul conjugal este rezultatul gradului de compatibilitate maritală. Compatibilitatea maritală exprimă gradul de corespondență, potrivire a personalității celor doi parteneri ai cuplului conjugal. Între consensul și funcționalitatea cuplului conjugal există o relație foarte strânsă, în sensul că nivelul funcționalității vieții conjugale este cu atât mai mare cu cât este mai înalt nivelul de consens conjugal. Această relație a fost observată în studiul nostru în cazul cuplurilor cu durata parteneriatului mai mare de 5 ani, unde coeficientul de corelație dintre nivelul de consens și nivelul de intercomunicare în cuplu a înregistrat valoarea de 0,64 la un prag de semnificație $p < 0,0001$

În cazul cuplurilor cu durata parteneriatului mai mică de 5 ani putem observa alte particularități. Tinerii se diferențiază mult între ei pe linia echipamentului de ordin psihologic și psihosocial, fiecare în parte având anumite capacități, aptitudini, un anumit fel de a fi și de a simți, anumite aspirații și preferințe, anumite înclinații și pasiuni, anumite formule de racordare la sistemul relațiilor interpersonale. Cu toate acestea, în constituirea cuplului conjugal, partenerii pot constata că există numeroase momente de similitudine a opiniilor sau consens cognitiv, sau similitudini ale emoțiilor, trăilor și dispozițiilor afective ceea ce argumentează consensul afectiv.

Consensul și compatibilitatea maritală constituie alături de intercomunicarea în cuplu condițiile facilitatoare pentru cunoașterea interpersonală. În cazul cuplurilor cu durata parteneriatului mai mare de 5 ani, de multe ori, consensul afectiv este substituit de compensația interpersonală. Aceasta reprezintă mecanismul psihosocial prin intermediul căruia membrii cuplurilor interpersonale asigură funcționalitatea relației prin valorizarea conștientă sau inconștientă a unor comportamente sau trăsături de personalitate ale partenerului, altele decât cele așteptate și dorite. Astfel, este posibil să se modifice, cu contribuția ambilor parteneri fizionomia de ansamblu a relațiilor interpersonale, noua dominantă a menținerii cuplului favorizând ambii parteneri. O altă consecință a creșterii gradului de corelație între nivelul de consens și nivelul de intercomunicare în cuplurile cu durata căsătoriei mai mare de 5 ani o reprezintă dezvoltarea intimității familiale.

Aceasta exprimă o atmosferă familială caracterizată prin căldură și siguranță afectivă, empatie, predominanța comunicărilor gratificante și încurajatoare reciproc, încredere și stimă între membrii grupului familial, absența unor trăiri și reacții de jenă, reținere, pudoare

excesivă, inhibiție. Intimitatea familială creează un climat propice stimulării și dezvoltării fiecărei personalități a microgrupului familial (ulterior inclusiv a copiilor) satisfăcând nevoia fundamental umană de afiliere, apartenență și securizare emoțională.

IPOTEZA derivată 1.3.

Se prezumă că nivelul de coeziune al cuplului corelează cu nivelul de intercomunicare în cuplu

Coeziunea intraconjugală reprezintă proprietatea fundamentală a grupului familial, exprimând raporturile de îmbinare, solidaritate, apropiere, unitate și sprijin dintre membri, raporturi în virtutea cărora cuplul funcționează la nivel social ca o entitate coerentă, relativ de sine stătătoare. Coeziunea, ca proprietate esențială a grupurilor umane, deci și a grupului familial, indică legătura dintre indivizii aparteneți grupului, tendința lor de a rămâne uniți și de acord. În cazul cuplurilor cu durata parteneriatului mai mare de 5 ani, mai accentuat în cazul cuplurilor cu durata căsătoriei mai mare de 5 ani sau durata parteneriatului mai mare de 10 ani, gradul de coeziune al cuplului reprezintă o atitudine de adeziune față de ceilalți membri ai familiei, ai microgrupului familial, mergând până la identificarea cu viața și aspirațiile lor. Nivelul de coeziune poate fi determinat în funcție de nivelul de participare la viața și activitatea grupului familial, pe de o parte și de nivelul de satisfacție ca membru apartenent al grupului pe de altă parte. Dacă în cazul cuplurilor cu durata parteneriatului mai mică de 5 ani, coeziunea intraconjugală izvorăște mai ales din atracția fizică interpersonală, în cazul cuplurilor cu durata parteneriatului mai mare de 5 ani, mai ales în cadrul cuplurilor căsătorite, coeziunea intrafamilială se sprijină mai ales pe factorii subiectivi: consensul cognitiv și afectiv al membrilor, angajarea în sarcina comună, și mai puțin pe resursele obiective (stimulenți externi).

O dinamică importantă observată în studiul nostru este cea a cuplurilor care, deși se află în relația de căsătorie, unul dintre parteneri lipsește pe o perioadă îndelungată de timp din familie, datorită solicitărilor de ordin financiar și profesional, acesta având serviciul în străinătate pentru o perioadă de timp mai lungă de 1 an.

În cazul acestor 11 cupluri, nivelul de coeziune este destul de scăzut. În cazul unor relații normale, ceea ce caracterizează prin excelență coeziunea intrafamilială este faptul că ea creează uniformitatea, unitatea și solidaritatea membrilor grupului familial.

IPOTEZA derivată 1.4.

Se prezumă că nivelul de expresie afectivă corelează cu nivelul de intercomunicare în cuplu

Comunicarea verbală sau nonverbală răspunde prompt cerințelor rezultate din afecțiunea manifestată reciproc de către cei doi parteneri conjugali. Practic, nici una din funcțiile familiei nu poate fi îndeplinită în mod corespunzător dacă lipsește afecțiunea, aceasta găsind în cadrul cuplului conjugal și al mediului familial cel mai bun mediu de manifestare întrucât aici modul de raportare interpersonală este puternic încărcat afectogen.

În cazul cuplurilor cu durata parteneriatului sub 5 ani între nivelul de expresie afectivă și nivelul de intercomunicare în cuplu există un nivel al corelației de intensitate

slabă r = 0,23, la un prag de semnificaţie p = 0,04, comparativ cu cuplurile cu durata parteneriatului peste 5 ani în cazul cărora s-a înregistrat un **nivel de corelaţie semnificativă r = 0,49, la un prag de semnificaţie p < 0,0001.**

IPOTEZA secundară 2

Se prezumă că există o corelaţie semnificativă între nivelul calităţii relaţiei maritale şi nivelul de adaptare la viaţa de cuplu

În evaluarea cuplurilor cu un nivel ridicat de interadaptare, în special în cazul cuplurilor cu durata parteneriatului mai mare de 5 ani s-au observat următoarele fenomene:

- homeodinamia familială şi
- hoemostazia familială.

. ***Homeodinamia familială*** este fenomenul prin care un anumit proces familial, expus unor influenţe externe perturbatoare este continuat în direcţia normală în care trebuie să evolueze, în ciuda acţiunii acestor factori disfuncţionali. Un exemplu edificator îl constituie menţinerea unor relaţii conjugale şi familiale normale în condiţiile influenţelor perturbator-dezorganizatoare exercitate de către părinţii celor doi soţi sau de către alte rude. Ilustrativă este în acest sens categoria cuplurilor în care ambii parteneri au o locuinţă proprie, un loc de muncă stabil şi îşi gestionează singuri veniturile. Homeostazia familială exprima tendinţa unui sistem familial de a menţine un echilibru dinamic în jurul unei direcţii centrale şi de a face demersurile necesare ce au ca scop restabilirea acestui echilibru în timp, ori de câte ori el este ameninţat într-un fel sau altul.

Homeostazia familială exprimă capacitatea de conservare a relativei stabilităţi şi a echilibrului dinamic propriu familiei. Dacă mecanismele homeostazice au un rol predominant conservativ-stabilizator, mecanismele homeodinamice au un rol predominant evolutiv, de dezvoltare. De altfel, mecanismele homeodinamice şi cele homeostazice sunt integrate într-un ansamblu unitar de factori reglatori ai conduitei unei familii, înscrise permanent pe o traiectorie spiralată şi manifestând tendinţa de a-şi menţine stabilitatea, integritatea şi totodată de a se apropia mereu de forme superioare de echilibru şi funcţionalitate.

În cazul cuplurilor ***cu durata parteneriatului sub 5 ani***, indicele de corelaţie între nivelul de evaluare a calităţii relaţiei maritale şi nivelul de adaptare este r = 0,66, la un prag de semnificaţie p < 0,0001. Corelaţia exprimă un nivel de intensitate medie. În cazul cuplurilor ***cu durata parteneriatului peste 5 ani,*** indicele de corelaţie între nivelul de evaluare a calităţii relaţie maritale şi nivelul de adaptare r = 0,75, aflat la un prag de semnificaţie p < 0,0001, exprimă un nivel de intensitate puternică. Astfel după cinci ani de căsătorie, partenerii relaţionează optim şi pot aprecia în ce măsură calitatea relaţiei maritale şi gradul de funcţionalitate al cuplului este favorabil naşterii, creşterii şi educării copiilor.

IPOTEZA secundară 3

Se prezumă că există o corelaţie semnificativă între nivelul calităţii relaţiei maritale şi nivelul de intercomunicare în cuplu

Nivelul de evaluare a calităţii relaţiei maritale poate fi apreciat în funcţie de mai mulţi *indicatori*, dintre care cei mai importanţi sunt:

➢ eficienţa şi competenţa comportamentului marital şi familial;
➢ gradul de satisfacţie resimţit.

Primul indicator se referă la aptitudinile şi disponibilităţile maritale şi parentale din cadrul grupului familial. Este vorba de capacităţile „instrumentale" puse în funcţiune de fiecare membru al cuplului conjugal în calitate de soţ şi viitor părinte.Al doilea indicator vizează efectele relaţionării în plan intern, subiectiv, psiho-afectiv între partenerii conjugali. Când asemenea efecte sunt pozitive, ele apar sub forma unor trăiri afective de tipul mulţumirii, satisfacţiei, împlinirii, echilibrului, armoniei, iar când sunt negative, subiectul este dominat de puternice stări de frustraţie, nemulţumire, insatisfacţie. Desigur, cazul cel mai fericit este acela, în care, pentru ambii parteneri, „eficienţa" în rolul marital şi familial este maximă şi, totodată, nivelul de satisfacţie conjugal familială este autentic şi relativ stabil, indiferent de etapa de evoluţie în care se află cuplul (debutul relaţiei conjugale, graviditatea femeii, perioada postnatală axată pe creşterea şi educarea copiilor, etc). În sens opus, cel mai nefericit caz este acela în care, pentru ambii parteneri, atât eficienţa comportamentului conjugal familial, cât şi nivelul de satisfacţie resimţit sunt extrem de scăzute. În asemenea situaţii, stabilitatea şi, mai ales, funcţionalitatea cuplului conjugal sunt practic imposibil de menţinut. *Nivelul de evaluare a calităţii relaţiei maritale* se bazează pe nivelul de intercunoaştere maritală. Astfel putem observa diferenţele între nivelul de evaluare a calităţii relaţiei maritale şi nivelul de intercomunicare la cuplurile cu durata parteneriatului sub 5 ani. Se observă un nivel de corelaţie directă r = 0,62, la un prag de semnificaţie p = 0,01. Corelaţia exprimă un nivel de intensitate medie. La cuplurile cu durata parteneriatului peste 5 ani, coeficientul de corelaţie între nivelul de evaluare a calităţii relaţiei maritale şi nivelul de intercomunicare **are valoarea r = 0,72, la un prag de semnificaţie p = 0,01. Corelaţia exprimă un nivel de intensitate puternică.**

1.7. Concluzii cu privind desfăşurarea primei etape a cercetării

Intercunoaşterea maritală reprezintă mecanismul psihosocial de întreţinere, dezvoltare şi corecţie a interacţiunii în dinamica relaţiei maritale, ce constă în modalitatea specifică în care partenerii se percep, se evaluează, se interpretează şi se anticipă reciproc sub aspectul trăirilor, reacţiilor, atitudinilor, convingerilor, a capacităţilor de înţelegere, interpretare şi opţiune, a motivaţiilor, valenţelor şi intereselor, acţiunilor şi comportamentelor în adoptarea şi exercitarea rolurilor conjugale, precum şi a celorlalte roluri simultane (parental, profesional, social). Instrumentul operaţional al intercunoaşterii îl constituie cuplul de imagini Ego-Alter, care devine o perpetuă şi nunaţată confruntare a mecanismelor perceptiv-motivaţionale ce intervin simultan în procesul de autoevaluare, evaluare a celuilalt şi interevaluare. Sistemul operaţional al imaginilor posibile, din a căror combinaţie se poate deduce caracterul complex şi adesea puţin previzibil al dinamicii intercunoaşterii şi intervalorizării în cuplu este semnificativ pentru interpretarea concordanţei sau neconcordanţei lor graduale, cu consecinţe pe planul acomodării şi asimilării interpersonale. O anumită corespondenţă şi complementaritate în planul ideilor, atitudinilor, concepţiilor şi aspiraţiilor, pe de o parte, şi în planul comunicării şi comportamentului erotico – sexual, pe de altă parte, par a fi elemente esentiale ale reuşitei, stabilităţii şi satisfacţiei maritale.

Această corespondenţă sexuală, afectivă şi ideativă, asigură echilibrul balanţei interacţionale în cuplu şi oferă partenerilor posibilitatea unei intermodelări reciproc satisfăcătoare.

Cuplurile în care fiecare partener a avut o experienţă familială pozitivă şi care se bazează pe colaborare şi înţelegere înainte de tranziţia la rolurile parentale reuşesc să facă cele mai bune ajustări şi după această tranziţie.

Cuplurile care îşi doresc şi îşi planifică perioada optimă pentru naşterea unui copil sunt mai coezivi în realizarea proiectelor de viitor şi ulterior după naşterea acestuia. Cuplurile care au stabilit şi au dezvoltat un mod optim de comunicare şi înţelegere înainte de conceperea copilului continuă să aibă o relaţie echilibrată şi după naşterea acestuia.

Cuplurile, care în perioada prenatală se caracterizează printr-un nivel ridicat de satisfacţie maritală tind să-şi consolideze sentimentele pozitive reciproce şi după naşterea copilului.

Prin contrast, cuplurile disfuncţionale, la nivelul cărora nu se realizează comunicarea şi adaptarea conjugală (bazată pe asimilări şi acomodări reciproce) manifestă o criză conjugală post-natală şi experimentează permanent o creştere a tensiunilor intraconjugale.

În funcţie de dorinţa şi motivaţia de a avea copii, în funcţie de acceptarea sau nonacceptarea lor, am identificat la nivelul lotului experimental următoarele tipuri de cupluri:

Tabel nr. 9

Caracterizarea psihofuncţională a cuplurilor în funcţie de dorinţa şi motivaţia de a avea copii

Categoria		Caracterizarea psihofuncţională a cuplului
Cupluri funcţionale	a) cuplurile normale cu copii	Sunt cuplurile în care ambii parteneri sunt la fel de motivaţi în dorinţa de a avea copii. Dorinţa lor este în cazul acesta dublată de sentimentul datoriei şi al responsabilităţii social-morale faţă de descendenţi. Acestea sunt cuplurile normale, echilibrate, în care relaţiile dintre cei doi parteneri sunt pozitive
	b) cuplurile normale fără copii, în care partenerii îşi doresc să aibă copii	Cei doi parteneri nu-şi pot realiza această dorinţă din punct de vedere biologic, sau mai rar din punct de vedere socio-economic. In această situaţie, cu timpul, ei devin dependenţi unul de celălalt, sfârşind chiar a vedea fiecare în celălalt propriul său copil.
	c) cuplurile fragile cu copii	In cazul unor astfel de cupluri, între cei doi parteneri există o stare de tensiune permanentă, conflicte şi adesea manifestări de violenţă, dificultăţi de comunicare, etc. Din această cauză, neexistând un consens, o cooperare între cei doi parteneri nu poate exista nici o motivaţie, comună, a celor doi în ceea ce priveşte dorinţa de a avea copii. In cazul acesta, este vorba despre persoane imature emoţional- afectiv, incapabile de a-şi asuma responsabilitatea creşterii copiilor, persoane egoiste sau slabe, care la rândul lor, au nevoie de ocrotire şi protecţie. In multe situaţii, între cei doi parteneri există conflicte care pun în discuţie însăşi stabilitatea şi integritatea cuplului. In aceste situaţii, copiii vin întâmplător sau vin din dorinţa unilaterală a soţiei de a-şi capta soţul, reuşind astfel, prin prezenţa unuia sau a mai multor copii, să-şi menţină cu orice preţ cuplul. Prezenţa copiilor în cazul unor astfel de cupluri nevrotice se explică şi ca un mecanism de apărare-anulare a angoasei singurătăţii. Copilul reprezintă în cazul acesta, obiectul securizant al unei vieţi ameninţate de pierderea partenerului (soţului) sau speranţa unei consolidări-restaurări a coeziunii cuplului, în care copilul are semnificaţia unui obiect reparator al unei relaţii instabile, fragile a cuplului.

	d) cuplurile cu copii adoptaţi	Cupluri normale, dar care, din punct de vedere biologic, nu pot avea copii sau cupluri normale, dar care, neputând avea copii, trăiesc o stare de tensiune nevrotică. In ambele situaţii, absenţa copiilor naturali este compensată de prezenţa copiilor adoptaţi. Prezenţa copiilor dezvoltă din partea celor doi părinţi adoptivi atitudini hiperprotective, dublate de trăirea anxioasă a unei eventuale deposedări de obiectul dorinţelor- copii adoptaţi. Teama castratoare a deposedării dezvoltă adesea tensiuni nevrotice, caracterizate printr-o atitudune hiperprotectivă faţă de copil, asociată cu tendinţa de a-l izola (acaparare posesivă) în scopul evitării pierderii lui.
Cupluri disfuncţionale	e) cuplurile fragile fără copii	Cupluri instabile, constituite pe bază de interese, fără un suport emoţional afectiv, cu probleme serioase de natură nevrotică în ceea ce priveşte acordul şi cooperarea dintre parteneri. Refuzul de a avea copii vine dintr-o motivaţie negativă, în spatele căreia se află refuzul reciproc al celor doi parteneri, neîncrederea şi teama reciprocă dintre ei. In cazul acestor cupluri, refuzul de a avea copii reprezintă forma mascată a refuzului reciproc al celor doi parteneri. Prezenţa copiilor în interiorul unor asemenea cupluri ar angaja două persoane, care, de fapt, nu au făcut altceva decât să se asocieze temporar, dar care, in fond, dincolo de această asociere, se refuză reciproc.
	f) cuplurile care renunţă la proprii lor copii	Cine şi de ce renunţă la proprii săi copii? Sunt multe categorii de persoane. In primul rând, se renunţă la copiii care vin accidental (violuri, relaţii întâmplătoare, relaţii cu parteneri necunoscuţi), copiii nedoriţi de partenerii cuplului din diferite motive, copiii rezultaţi din afara căsătoriei, din relaţii extraconjugale, etc. Un caz deosebit este cel al copiilor cuplurilor nemotivate, cu mulţi copii şi cu mari dificultăţi sociale şi economice, puşi în imposibilitatea de a-i putea creşte şi întreţine. In fine, mai există o categorie de cupluri, care oferă copiii in schimbul unor avantaje materiale, ca obiect de tranziţie, fapt ce exprimă atât o anumită imaturitate afectiv-intelectuală, cât şi o anumită slăbire a simţului moral.
	g) cuplurile care refuză să aibă copii	Deşi în cazul lor nu pot fi decelate întotdeauna tulburări nevrotice, se notează anumite trăsături caracteristice reprezentate prin egoism, dependenţă reciprocă, frica de sarcină la femei, teama de a-şi asuma răspunderea materială şi morală a creşterii copiilor, etc. Aceste cupluri văd în copil un obstacol şi o complicaţie a modului lor de viaţă, motiv pentru care, refuzând ideea de avea copii, caută orice cale să evite acest fapt (anticoncepţionale, raporturi sexuale protejate, intreruperea sarcinii, etc.)
	h) cuplurile patologice şi copiii	In cazul cuplurilor cu bonavi psihici în antecedente (epilepsie, schizofrenie, psihoze afective, demenţe presenile, boli degenerative ale sistemului nervos, boli metabolice, oligofrenii) se recomandă ca măsuri preventive, de psihoprofilaxie, evitarea sarcinilor din pricina riscului crescut de a da naştere unor descendenţi taraţi. Sunt însă şi situaţii de cupluri patologice ce dau naştere la copii. Nu se poate vorbi în aceste cazuri de o motivaţie. Copiii rezultaţi din astfel de cupluri sunt de regulă persoane tarate. In plus, ei fie sunt expulzaţi din cuplu, fie il părăsesc, trăind in grupuri marginale, de copii abandonaţi, grupuri delictuale, antisociale sau grupuri dependente social.

ETAPA a-II-a:
Diagnoza şi evaluarea psihologică a femeilor în perioada de graviditate

Argument

În planul personalităţii feminine, odată cu perioada gravidităţii se dezvoltă anumite ***tipuri de comportamente materne anticipativ-proiective*** adecvate viitorului rol social. Aportul unui psiholog în consilierea gravidelor se justifică deoarece adoptarea şi exercitarea parţială sau inadecvată a acestor tipuri de comportamente ar aduce grave prejudicii femeii precum şi familiei în evoluţia ei.

2.1. Obiectivele cercetării

Din această perspectivă ne-am propus următoarele obiective:

1. ***identificarea nevoilor psihologice ale gravidelor şi stabilirea unui profil psihologic al femeii gravide,***
2. ***diagnosticarea nivelului de anxietate al gravidelor în timpul sarcinii,***
3. ***identificarea unor modele sau patternuri anxiogene care anticipă un risc crescut pentru manifestarea depresiei post-partum,***
4. ***stabilirea tipurilor de comportamente materne anticipativ-proiective specifice categoriilor de gravide studiate.***
5. ***elaborarea şi aplicarea unui model de consiliere psihologică a gravidelor*** având în vedere dimensiunile care vizează principalele funcţii în dezvoltarea femeii şi evoluţia familiei:
   a) rolul sexual-afectiv şi procreativ care satisface funcţia de intercomunicare şi interacţiune bio-afectivă şi procreativă a cuplului;
   b) rolul parental – educativ care satisface funcţia de îngrijire, creştere şi educare a copiilor;
   c) rolul organizatoric-administrativ care satisface funcţiile de interacţiune şi decizie în sfera economico-menajeră, igienico-sanitară, loisir;
   d) rolul relaţional şi de integrare socială a cuplului în grupul de apartenenţă (familie extinsă, prieteni, colegi, vecini) precum şi de integrare civic-profesională.

2.2. Ipotezele cercetării

a) Se prezumă că există o corelaţie între nivelul de anxietate manifestat de femeia gravidă în timpul sarcinii şi nivelul de depresie post-natală al tinerei mame

b) Se prezumă că există o corelaţie între nivelul de depresie post-partum şi nivelul de integrare psiho-socială al tinerei mamei în perioada post-natală

2.3. Descrierea lotului de cercetare

Cercetarea s-a desfăşurat în perioada iunie 2005 – mai 2006 în oraşul Constanţa. Au fost investigate 100 de femei gravide din oraşul Constanţa.

1.Distribuţia gravidelor în funcţie de vârstă:
- 10% gravide la prima sarcină cu vârste sub 20 de ani,
- 63%gravide la prima sarcină cu vârste între 21–27 de ani;
- 25% gravide la prima sarcină cu vârste între 28–35 de ani;
- 2% gravide cu vârste peste 35 de ani

2.Distribuţia gravidelor în funcţie de rangul viitorului copil:
- 56% gravide la prima sarcină,
- 26% gravide la a doua sarcină,
- 13% gravide la a treia sarcină,
- 5% gravide la a patra sarcină

3.Distribuţia gravidelor în funcţie de mediul de provenienţă:
- 62%gravide din mediul urban,
- 38%gravide din mediul rural

4.Distribuţia gravidelor în funcţie de nivelul de şcolarizare:
- 2% gravide neşcolarizate
- 16% gravide cu studii medii
- 71% gravide cu studii liceale
- 11% gravide cu studii superioare

5.Distribuţia gravidelor în funcţie de planificarea sarcinii
- 22% – procentul gravidelor cu sarcină planificată
- 78% – procentul gravidelor cu sarcină neplanificată

6.Distribuţia gravidelor în funcţie de numărul avorturilor anterioare sarcinii actuale
- 71% – procentul gravidelor fără avorturi în antecedent
- 22% – procentul gravidelor cu avorturi voluntare în antecedent
- 7% – procentul gravidelor cu avorturi involuntare în antecedent

7.Distribuţia gravidelor în funcţie de solicitarea controlului medical (medic de familie, medic ginecolog)
- 7% nu au solicitat control medical
- 93% – procentul gravidelor care au solicitat control medical din care:
- 7% – nu au solicitat consult medical
- 93% – la medicul de familie
- 33% – la medicul ginecolog
- 60% – la medicul de familie şi la medicul ginecolog

8. Distribuția gravidelor în funcție de solicitarea consilierii psihologice
– 12% – au solicitat consiliere psihologică
– 88% – nu au solicitat consiliere psihologică

2.4. Descrierea instrumentelor de cercetare

S-au utilizat în studiul nostru următoarele metode și tehnici de cercetare:
a) Metoda observației: observarea conduitei expresive a gravidelor structurată în funcție de următoarele unități comportamentale: observarea posturii, gestica, privirea, mimica, exprimarea verbală, reacții în situația de observare
b) Inventar de anxietate Burns (The Burns Anxiety Inventory, 1989) (David D. Burns)
c) Scala de integrare psihosocială post-natală (Enache R)
d) Scala Edinburgh pentru depresia post-natală (Edinburgh Postnatal Depression Scale), J. L. Cox , Holder J. M.& Sagovsky R., 1987

2.5. Prelucrarea statistică și interpretarea rezultatelor cercetării

În cele ce urmează prezentăm sintetic rezultatele obținute pentru fiecare dintre cei 3 indicatori:

1. Nivelul de anxietate în timpul sarcinii
2. Nivelul de depresie post-natală
3. Nivelul de integrare psihosocială post-natală

1. Nivelul de anxietate în timpul sarcinii

Anxietatea este „o teamă fără obiect", „o emoție penibilă de așteptare", o stare de teamă, neliniște, agitație, nesiguranță și nervozitate. În tabelul nr. 14 am reprezentat nivelul de anxietate evaluat pe lotul de gravide între luna a 6-a și luna a 8-a de sarcină diagnosticat prin intermediul Inventarului de anxietate Burns. *Anxietatea* se caracterizează printr-o stare permanentă de tensiune psihică, iritabilitate, lipsă de încredere în propria persoană, incapacitate sau rezerve în asumarea unui risc, tremur și alte reacții neurovegetative, diverse semne psihosomatice. Simptomele anxietății observate la nivelul lotului experimental includ stări de hipertensiune, neajutorare, inadaptabilitate, tristețe și îngrijorare, fiind manifestate la nivelul corpului prin palpitații (ritm alert al bătăilor inimii), tremurat, transpirație la nivelul palmelor și insomnie.

Tabel nr. 10

Evaluarea nivelului de anxietate din timpul sarcinii

	Nivelul de anxietate din timpul sarcinii	Procentul de gravide
0–10p	– anxietate de limită	9%
11–20p	– anxietate ușoară	48%
21–30p	– anxietate moderată	25%
31–50p	– anxietate severă	17%
51–102p	– anxietate extremă	1%
Total		100%

Distribuţia rezultatelor la caracteristica anxietate la nivelul eşantionului de gravide poate fi descrisă astfel: 9% dintre gravide se află la un nivel de anxietate de limită, 48% la un nivel de anxietate uşoară şi 25% un nivel de anxietate moderată. În cazul gravidelor cu un nivel de anxietate severă (17%) s-a observat în anamneză existenţa unor avorturi anterioare involuntare repetate, iar în cazul gravidei cu nivel de anxietate extremă, sarcina a survenit în urma unui tratament de fertilizare. Pe plan afectiv, în afara irascibilităţii şi a labilităţii afective, pe parcursul perioadei de graviditate a femeii pot apărea momente de anxietate, al căror conţinut este legat de evenimentul puerperal. Dinamica psihosocială a conţinutului acestora cunoaşte o deplasare de la teama de a nu muri în timpul naşterii, de a nu naşte un copil desfigurat, până la teama de a nu putea creşte şi instrui copilul după toate exigenţele vieţii moderne. Alături de aceste modificări psihologice se poate constata şi o exagerare a orgoliului şi autostimei, mai ales când sarcina constituie expresia unei dorinţe de a risipi îndoiala cu privire la propria-i feminitate, de a înviora legăturile familiale precare, o căsătorie nesigură sau atunci când sarcina reprezintă expresia unor impulsuri competitive faţă de prietene, surori, etc.

Teama de naştere a existat dintotdeauna şi oricât de dorit ar fi copilul, nu există femeie, care, aflată în această situaţie să nu o fi trăit mai mult sau mai puţin dramatic. Indiferent că se manifestă sub formă de *grijă intensă* care este focalizată asupra viitoarelor dureri sau este lipsită de un conţinut bine precizat (anxietate), fie că este legată de o disfuncţie somatică (angoasă) sau integrată într-un *sindrom nevrotiform de prepartum*, ea este omniprezentă. Preocupările în vederea realizării unei *psihoprofilaxii a durerilor de la naştere* se pot axa pe triada psihopatogenică: ***teamă-tensiune-durere.***

În cadrul acestei triade, primul element ***teama*** este esenţial în patogenia durerii. Teama faţă de dificultăţile travaliului, condiţionată social, ca şi durerea- determină din punct de vedere fiziologic, o stare de tensiune psihofizică mai accentuată asupra musculaturii netede, care la nivelul colului uterin se manifestă cu forţa unui *spasm*. Acesta se opune dilataţiei necesare a colului (prelungind durata travaliului), determinând în acelaşi timp *durerea intensă cu caracter patologic*. Starea de anxietate care se dezvoltă prin mecanism psihogen măreşte sensibilitatea algică pe de o parte şi sporeşte contracţia colului uterin şi tensiunea musculaturii netede, pe de altă parte. De la începutul travaliului, durerea are o cauză dublă:somatică, prin distensia colului uterin şi psihică, prin scăderea pragului recepţiei algice şi starea de tensiune psihofizică. Este evident că acest al doilea factor, tensiunea, opunându-se distensiei, duce la potenţarea durerii, aceasta prin caracterul său repetitiv, sporeşte starea de teamă şi descurajare a parturientei.

Desigur, în această triadă psihopatogenică sunt angajaţi treptat alţi factori şi anume: spasmul muscular, al musculaturii netede în special, înseamnă implicit şi un spasm arteriolar şi capilar, care la rândul său determină o insuficientă irigaţie (a unor teritorii vasculare angajate în travaliul naşterii) şi deci o insuficientă oxigenare. Sub alt unghi, tensiunea psihofizică şi durerea prelungită duc la o epuizare psihonervoasă şi musculară, care la rândul ei este accentuată de hipoxie. În această triadă psihopatogenică, *teama sau anxietatea, deci factorul psihologic* constituie nu numai izvorul durerii şi al tensiunii, ci şi factorul de condiţionare al acestora. De aceea, acţiunea psihoprofilactică şi psihoterapeutică adecvată perioadei puerperale şi în special asupra travaliului şi momentului naşterii porneşte de la **identificarea unor patternuri sau modele culturale**

referitoare la anxietatea sau teama parturientei. În lotul nostru am identificat următoarele categorii de modele anxiogene care pot fi observate în Tabelul nr. 11:

Tabel nr. 11

Patternuri sau modele anxiogene identificate la nivelul eşantionului de gravide

Teama de durere	Se întâlneşte cu cea mai mare frecvenţă. (92%) Ea cunoaşte o condiţionare social-istorică şi se manifestă diferit de la un grup social la altul, fiind întreţinută şi exacerbată de discuţiile neavizate ale anturajului. Personalitatea parturientei o determină în mare măsură, fapt pentru care teama de durere este mai accentuată la structurile psihopatice sau caracterizate prin trăsături isterice.
Teama de o anomalie a fătului	Este frecventă (87%) indiferent de mediul socio-cultural de provenienţă al gravidei. Cu toate că anomaliile la naştere sunt rare, ele sunt frecvent şi amplu comentate, sporind teama parturientei pentru această eventualitate. În unele medii, încă animate de superstiţii, există părerea că în perioada sarcinii, tânăra nu trebuie să vadă persoane cu anomalii sau handicap, iar dacă se întâmplă acest lucru ea va îndeplini scurte ritualuri conjuratorii, care însă din punct de vedere biologic (genetic) nu au nici o semnificaţie. Când astfel de anomalii figurează în antecedentele familiale ale parturientei, teama acesteia atinge intensitatea unui conflict.
Teama de ereditatea patologică	Este mai puţin frecventă (28%) şi se află în strânsă legătură cu teama de anomalie, având însă un conţinut mult mai bine precizat, prin existenţa în antecedentele heredo-colaterale a unor afecţiuni somatice sau psihice cu caracter invalidant.
Teama de suferinţa fetală	Este prezentă de asemenea la parturientele iniţiate asupra unor probleme obstetricale şi în general medicale care ştiu că momentele de anoxie ale fătului la naştere, ca de exemplu compresia craniană din timpul travaliului sau prin aplicarea de forceps este susceptibilă să greveze dezvoltarea psihică a copilului sau să determine epilepsie, encefalopatie, oligofrenie etc. A fost identificată la 33% dintre gravide, cu studii superioare.
Teama de riscul morţii la naştere	Este întreţinută de discuţiile din cadrul unor familii (4%), care evocă situaţii de moarte la naştere.
Teama de naştere şi de incapacitatea fizică a gravidei în timpul travaliului	Se manifestă mai ales la femeile din mediul citadin, la primipare în general şi la cele foarte tinere sau la gestantele care prezintă avorturi spontane în antecedente. A fost întâlnită cu o frecvenţă de 78%.
Teama de anestezie	Este întâlnită şi în chirurgia generală şi cristalizată în ideea gestantei că nu se va mai trezi din somnul prin narcoză, este dublată aici de teama că anestezia antrenează o insuficientă oxigenare a fătului şi deci un pericol imediat sau de perspectivă pentru copil. Este frecventă la tinerele care se pregătesc pentru o naştere prin cezariană (36%)
Teama de a nu i se schimba copilul	Este generată de o insuficientă maturizare psihologică şi emoţională a gestantei şi de lipsa de cooperare a personalului medico-sanitar.Este întâlnită în eşantionul nostru cu o frecvenţă de 37%.
Teama pe care o implică dobândirea statutului de mamă	Poate fi expresia maturizării conştiinţei sociale a tinerei care îşi supravalorizează noile atribuţii la primiparele mature (vârsta peste 30–35 de ani), cu o condiţie socială bună, sau la cele foarte tinere, care se caracterizează prin imaturitate afectivă, dependenţă, lipsă de iniţiativă şi nevoie permanentă de afecţiune, dezvoltate în condiţiile unei supraprotecţii familiale şi în special materne. A fost întâlnită în eşantionul nostru cu o frecvenţă de 54%.

Aceste virtualităţi anxiogene se actualizează şi se dezvoltă după un model personal, în funcţie de mediul social, gradul de cultură, posibilităţile de informare şi mai ales structura personalităţii gestantei. Privite la început ca eventualităţi vagi şi îndepărtate,

aceste temeri se dezvoltă şi se actualizează pe măsură ce se apropie momentul naşterii, care prin confluenţa acestor factori, capătă valoarea unei *crize.* Aceasta nu trebuie interpretată sub un unghi patologic, deşi este susceptibilă să dezvolte şi astfel de manifestări. Incontestabil, însă, aceasta este o *criză psihologică în viaţa tinerei*, devenită femeie şi mamă şi poate fi comparabilă prin semnificaţia ei cu criza pubertară de care se deosebeşte însă prin dramatism şi acuitate. Dacă trecerea de la copilărie la adolescenţă decurge însă în mod treptat, trecerea la maternitate are loc în mod relativ brusc, fiind marcată de momentul sarcinii. Deseori, tânăra, înconjurată de grijă şi afecţiune este transpusă în situaţia de a avea grijă şi de a acorda afecţiune. Vechile obişnuinţe, deprinderi sau obiceiuri sunt rapid dislocate de o situaţie ce impune noi relaţii, noi obligaţii şi mai ales un efort adaptativ.

În cadrul acestuia, vechile temeri şi conflicte refulate sunt acum actualizate, momentul naşterii- de un fragil echilibru fizic şi psihologic- oferindu-le teren propice de manifestare. Într-adevăr, noţiunea de criză găseşte în situaţia psihosomatică de sarcină şi puerperiu, una din cele mai elocvente accepţiuni. Acţiunea psihoterapeutică are ca prim scop dedramatizarea şi demitificarea naşterii prin crearea unei viziuni realist-ştiinţifice şi dezvoltarea unei stări psihice de calm şi încredere.

2. Nivelul de depresie post-natală

Depresia postpartum este o condiţie medicală severă ce poate apare în primele luni după naştere. Fără asistenţă şi consiliere psihologică depresia postpartum poate avea o evoluţie prelungită şi disabilitantă. ***Depresia postpartum poate apare şi după avort spontan, naştere cu făt mort sau adopţie***. În cazuri rare, o femeie cu depresie postpartum poate dezvolta simptome psihotice care pot pune în pericol copilul şi pe cei din jur (psihoza postpartum).

Depresia postpartum pare să fie determinată de modificări hormonale bruşte care apar după naştere. Aceste modificări hormonale pot determina depresie postpartum când sunt asociate cu alţi factori de risc cum ar fi absenţa sprijinului din partea partenerului, a prietenilor şi a familiei sau dezvoltarea unei stări de stres excesiv sau o depresie anterioară (inclusiv tulburarea bipolară) în antecedent. La nivelul eşantionului experimental am identificat următoarele forme în manifestarea depresiei post-natale conform tabelului urmator:

Tabel nr. 12

Repartiţia procentuală în funcţie de manifestarea nivelului de depresie post-natală

	Nivelul de depresie post-partum	Procentul de gravide
1–5 p	– absenţa depresiei post-partum	13%
6–11p	– nivel de limită al depresiei post-partum	37%
12–17p	– depresie post-partum uşoară (baby-blues)	35%
18–23p	– depresie post-partum moderată	12%
24–30p	– depresie post-partum severă	1%
Total		100%

La aproximativ 75% dintre tinerele mame observate s-a constatat un anumit grad de insomnie, iritabilitate, plâns, sentimente de copleşire şi modificări de dispoziţie care sunt normale în primele zile dupa naştere. Aceste stări, de obicei ating un maxim în ziua a

patra şi dispar în mai puţin de 2 saptămâni, când modificările hormonale se atenuează. Starea este comună, stările de depresie alternând frecvent cu stări de fericire sau extaz după naştere. Simptomele depresiei postpartum pot fi o continuare sau o agravare a tristeţii postpartum sau pot apare mai târziu după naştere sau pierderea sarcinii. În unele cazuri, simptomele pot atinge un vârf după o creştere continuă de 3–4 luni. Posibilele simptome de depresie postpartum necesită o evaluare medicală. Depresia postpartum se caracterizează prin următoarele simptome depresive manifestate în majoritatea timpului în ultimele două săptămâni:

- dispoziţie depresivă-plâns facil, lipsa de speranţă, sentiment de gol interior, asociat sau nu cu anxietate severă
- absenţa plăcerii din toate sau aproape toate activităţile zilnice
- modificări în apetit sau greutate – de obicei o scădere a apetitului şi a greutăţii, mai rar o creştere în greutate
- probleme de somn –de obicei nu poate dormi chiar şi atunci când copilul doarme, modificări în felul de a vorbi şi a merge – de obicei nelinişte, dar uneori şi încetineală, oboseală extremă sau pierdere a energiei
- sentimente de lipsă de valoare sau vinovăţie, fără o cauză aparentă
- dificultăţi în concentrarea atenţiei şi în luarea de decizii - gânduri despre moarte sau sinucidere

Unele femei cu depresie postpartum susţin că au gânduri înfricoşătoare că îşi vor răni copilul. Acestea par să fie mai degrabă temeri decât dorinţe de a face rău. Tratamentul timpuriu al depresiei postpartum este important atât pentru mamă cât şi pentru copil. **Starea de „Baby Blues" a fost identificată la 35% dintre tinerele mame investigate.** Ea se caracterizează prin labilitate emoţională, plâns nejustificat şi îngrijorare în legătură cu capacităţile sale materne. Ea poate fi însoţită de anxietate, iritabilitate, inapetenţă şi tulburări ale somnului. Tabloul clinic obişnuit este de disforie, dar în unele cazuri poate fi dominat de elaţie, prolixitate şi hiperactivitate. Ea poate fi însoţită de anxietate, iritabilitate, inapetenţă şi tulburări ale somnului. Aceste fenomene nu constituie prin ele însele o boală sau un sindrom.

Starea depresivă post-natală a fost identificată la nivelul lotului experimental prin Chestionarul EPDS în două grade de intensitate: depresie post-natală moderată 12% şi depresie post-natală severă în proporţie de 1%.

La nivelul eşantionului experimental au fost analizaţi următorii ***factori etiologici în manifestarea depresiei post-natale:***

Factori psiho-sociali la nivelul cuplului

Problemele disfuncţionale în viaţa de cuplu precum şi violenţa familială sunt adesea la originea depresiei post-natale.

- lipsa intimităţii în relaţia de cuplu,
- sarcina nedorită, neplanificată
- ostilitatea familiei (inclusiv a soţului) în privinţa sarcinii.

Celibatul sau divorţul (2% din cazuri) pot reprezenta factori precipitanţi. Tânăra mamă este cu atât mai expusă riscului, cu cât ea însăşi a avut părinţi neglijenţi sau a fost orfană.

Factori psiho-sociali la nivelul familiei extinse şi al comunităţii

- condiţiile dificile de viaţă (locuinţe neîncăpătoare sau suprapopulate),
- diferenţe între mediul urban şi mediul rural: 70% din procentul femeilor care manifestă depresie post-natală o reprezintă femeile din mediul urban, spre deosebire de numai 30% din mediul rural.

Factori psihologici şi profilul de personalitate al tinerei mame

Factorii intrapsihici au o pondere importantă în geneza depresiei post-natale. Şi în acest caz, ei sunt legaţi de maturitatea afectivă a pacientei, şi în special de restructurarea personalităţii pe care o presupune faptul de a deveni mamă. Ea este la fel de importantă ca amploare ca şi trecerea în adolescenţă şi tinereţe de la stadiul de fată la cel de femeie. În cazul în care sarcina nu este dorită, femeia fiind nepregătită, naşterea şi solicitările nou-născutului la hrănire nu pot decât să-i inducă sentimentul de autodepreciere şi de incompetenţă ce se află la baza simptomatologiei. Antecedentele psihiatrice în general şi în special percepţia negativă a modificării imaginii corporale, un Baby-Blues intens, sau, mai mult, starea euforică în primele zile care urmează naşterii sunt semnale de alarmă pentru manifestarea depresiei post-natale. Simptomele depresiei postnatale sunt aceleaşi cu cele ale tulburărilor depresive standard. În plus, femeile prezintă frecvent idei obsesive de vinovăţie şi inadecvare legate de capacitatea de a fi *mame bune şi competente*. Uneori descriu tendinţe agresive şi pulsiuni de a face rău copilului, care sunt însă foarte rar traduse în fapt, dar care întreţin sentimente de vinovăţie. Ca urmare, evaluarea pacientelor cu depresie puerperală trebuie să includă întrebări ţintite pentru a depista sentimentele mamei faţă de copil, ruminaţiile şi ritualurile obsesive ca şi manifestările somatice şi psihice ale anxietăţii.

Factori privind starea de sănătate a mamei şi a copilului

- Există şi alte elemente care pot juca un rol nefast asupra stării psihice a tinerei mame: sarcina multiplă, malformaţia fătului sau toxicomania.
- vârsta prea tânără sau prea înaintată a gravidei.
- o altă sarcină dificilă, încheiată cu o naştere prin cezariană

Factori medicali şi relaţia medic-pacient

Însuşi *contextul naşterii* este foarte important: travaliul prelungit, expulzia dificilă, utilizarea ventuzelor, a forcepsului, anestezia generală, cezariana sunt circumstanţe care favorizează depresia post-natală. La fel se întâmplă în caz de naştere prematură, de moarte la naştere, sau chiar de subponderalitate a copilului.

3. Nivelul de integrare psiho-socială post-natală

Nivelul de integrare psiho-socială post-natală este o rezultantă a interacţiunii factorilor psiho-sociali ce acţionează la nivelul familiei tinere după naşterea copilului. El a fost analizat pe baza unei **Scale de integrare psiho-socială**.

Scop: evidenţierea mecanismelor de integrare psihosocială post-natală.

Descriere: este un chestionar ce cuprinde 30 itemi grupaţi în trei categorii: integrare în activitate, relaţii interpersonale (familiale şi extrafamiliale), conduite antisociale, impulsivitate

Prezentarea şi interpretarea rezultatelor obţinute la nivelul eşantionului experimental la Scala de integrare psiho-socială post-natală

Tabel nr. 13

Repartiţia procentuală în funcţie de manifestarea nivelului de depresie post-natală

	Nivelul de	Procentul de tinere mame
0–10p	– i ntegrare psiho-socială post-natală optimă	33%
11–20p	– integrare psiho-socială post-natală favorabilă	52%
21–30p	– tulburări uşoare de integrare psiho-socială post-natală	14%
31–50p	– tulburări moderate de integrare psiho-socială post-natală	1%
51–90p	– tulburări severe de integrare psiho-socială post-natală	0%
Total		100%

La nivelul eşantionului experimental pot fi analizate următoarele caracteristici ale nivelului de integrare psiho-socială post-natală: relaţiile psiho-sociale din cadrul familiei, climatul socio-emoţional din familie şi relaţia de ataşament părinţi-copil (mamă-copil, tată-copil) şi relaţia de ataşament la nivelul familiei extinse (relaţiile cu bunicii, cu rudele)

Calitatea mediului social şi a interacţiunilor copilului cu mama, precum şi măsura în care ea va şti să satisfacă nevoile copilului vor determina starea de confort psihologic a copilului şi eficienţa psihosocială a comportamentului matern. În măsura în care mama învaţă să răspundă nevoilor fiziologice şi psihologice ale copilului ea va manifesta un comportament optimal cu efect sanogen în dezvoltarea fizică, psihologică şi în formarea personalităţii copilului. La nivelul eşantionului experimental am identificat în 85% din cazuri un nivel de integrare psiho-socială optimă şi favorabilă mai ales în cazul familiilor provenind din mediul urban, a celor cu studii superioare şi în care climatul socio-emoţional al familiei este unul de tip securizant.

În cazul acestor familii, în care sunt satisfăcute nevoile de rezilienţă ale copilului (nevoia de dragoste şi securitate, nevoia de experienţe noi, nevoia de stimulare senzorială) părinţii manifestă un model educaţional securizant şi se simt împliniţi. La nivelul eşantionului experimental au fost identificate un număr de 15 tinere mame cu tulburări uşoare de integrare psiho-socială post-natală, cu un nivel redus de şcolarizare, provenind din familii care trăiau în medii sociale defavorizate, în condiţii socio-economice precare şi care mai aveau în îngrijire 2–3 copii. În cazul acestor familii cu risc crescut s-a intervenit pentru consilierea tinerei mame în vederea evitării abandonului copilului şi găsirea unor soluţii viabile pentru organizarea mediului socio-economic al familiei, organizarea vieţii familiale şi implicarea familiei extinse

În cele ce urmează vom analiza corelaţia dintre nivelul de anxietate manifestat de gravidă în timpul sarcinii şi nivelul de depresie post-natală pentru a vedea în ce măsură poate interveni consilierul psiholog într-un proces de optimizare a stării socio-emoţionale a gravidei şi adaptarea la noile condiţii ale rolului matern.

Verificarea ipotezelor cercetării

Testarea ipotezei nr. 1

Se prezumă că există o corelaţie între nivelul de anxietate manifestat de femeia gravidă în timpul sarcinii şi nivelul de depresie post-natală al tinerei mame.

Între nivelul de anxietate manifestat de femeile gravide în timpul sarcinii şi nivelul de depresie post-partum înregistrat în primele 2–3 zile după naşterea copilului există o corelaţie semnificativă $r = 0,52$ la un prag de semnificaţie $p < 0.0001$.

Testarea ipotezei nr. 2

Se prezumă că există o corelaţie semnificativă între nivelul de depresie post-partum şi nivelul de integrare psiho-socială al tinerei mamei în perioada post-natală

Între nivelul de depresie post-natală şi nivelul de integrare psiho-socială postnatală se remarcă o corelaţie semnificativă $r = 0,64$ la un prag de semnificaţie $p < 0.0001$.

2.6. Concluzii

Relaţia care se stabileşte între cei doi poate facilita dezvoltarea sănătoasă a copilului sau dimpotrivă. Starea emoţională a mamei şi satisfacţia pe care o resimte în rolul de mamă sunt esenţiale pentru bunăstarea copilului. Numărul mare de copii care continuă să fie abandonaţi în România, în maternităţi imediat după naştere este o dovadă grăitoare a faptului că, deşi există o atenţie faţă de copii în serviciul spitalicesc unde se naşte, aceeaşi atenţie nu este acordată şi mamei.

Cei doi sunt despărţiţi ca nişte obiecte, adesea mama este tratată cu neglijenţă (uneori chiar cu agresivitate) de personalul medical şi consecinţele nu sunt benefice pentru nici unul dintre aceştia.

Este periculos ca sistemul de sănătate să lase dezvoltarea şi bunăstarea copilului numai în seama dragostei şi a instinctului matern. Pe de altă parte, pentru a sprijini manifestarea dragostei şi a instinctului matern este nevoie de servicii adecvate şi specialişti care să faciliteze manifestarea interacţiunii mamă-copil.

La nivelul lotului experimental am constatat un nivel de integrare psiho-socială post-natală optimă la tinerele care în primele minute după naştere au avut posibilitatea să îşi ţină copilul în braţe şi să interacţioneze cu acesta.

Pe de altă parte, o cauză importantă a depresiei post-natale şi a nivelului scăzut de adaptare şi integrare psiho-socială post-natală identificat la unele tinere, o reprezintă sentimentul de a fi o mamă incapabilă să răspundă nevoilor fiziologice şi psihologice ale copilului.

De aceea, primele măsuri ce pot fi luate sunt la nivelul maternităţii unde asistenta de neonatologie sau medicul trebuie să-i prezinte mamei nou-născutul, caracteristicile acestuia, scorul Apgar obţinut la naştere, reflexele acestuia şi modul în care trebuie hrănit la sân.

De asemenea este foarte importantă acţiunea de prevenţie a depresiei post-natale care se defăşoară în 2 etape:

– evidenţierea factorilor de risc pentru manifestarea unui sindrom depresiv: factori biologici (existenţa unor episoade depresive în antecedentele personale sau ale familiei), factori de risc perinatal obsteric, factori de predispoziţie psihologică (structura de personalitate a gravidei), factori psiho-sociali (relaţii disfuncţionale cu partenerul de cuplu, cu familia extinsă).

– monitorizarea şi observarea de către medicul de familie şi de cel pediatru a evoluţiei biologice si psihologice a copilului: starea de sănătate, alimentaţia, aportul suplimentar de vitamine şi calciu, satisfacerea trebuinţelor senzoriale şi motrice ale copilului.În ciuda acestor posibilităţi, în România depresia post-natală continuă să fie puţin cunoscută şi prevenită, aceasta constituind o cauză frecventă pentru manifestarea abandonului copilului în maternităţi.

Având în vedere aceste consecinţe ne propunem realizarea unui program de consiliere psihologică adaptat nevoilor gravidelor, desfăşurat în perioada ultimelor luni ale sarcinii cu influenţe în dezvoltarea emoţională sanogenă a mamei şi adaptarea la nevoile copilului.

ETAPA a III-a:
Consilierea psihologică în perioada puerperală. Rolul serviciilor de consiliere psihologică prenatală, perinatală şi post-natală

Consilierea psihologică prenatală, perinatală şi post-natală îşi poate confirma utilitatea în următoarele situaţii din viaţa femeii:

- debutul maternităţii (biologice sau prin adopţie),
- debutul sau încheierea unei relaţii de cuplu
- traumele trecute sau prezente cauzate de întreruperile de sarcină involuntare sau voluntare asociate cu violenţă, abuz fizic, emoţional sau sexual.
- afecţiunile cronice, care pe fondul gravidităţii generează instabilitate emoţională.

Procesul de consiliere psihologică prenatală, perinatală şi post-natală este fundamentat pe asigurarea echilibrului dintre corp şi spirit şi porneşte de la următoarele aserţiuni:

- femeia este sănătoasă doar atunci când corpul, mintea şi spiritul ei se găsesc într-o stare de homeostazie, armonie şi echilibru.
- relaţiile şi interacţiunile femeilor cu ele însele, cu familia şi comunitatea le definesc şi le influenţează starea de sanogeneză spirituală şi emoţională
- femeia gravidă şi viitoarea mamă dispun de un potenţial psihologic , de resurse fizice, emoţionale şi sociale care îi facilitează dezvoltarea personală şi reinserţia socială post-natală.
- rolul consilierului psihologic este de a remite starea de anxietate, agitaţie psiho-motorie şi teamă din timpul travaliului care precede naşterea.

La nivelul lotului experimental am analizat câteva opinii privind condiţiile oferite serviciile de asistenţă medicală pentru femeile gravide şi naşterea copiilor, posibilitatea de a apela la un consilier psiholog în perioada gravidităţii sau a maternităţii şi necesitatea funcţionării unor programe de consiliere psihologică adaptate gravidelor şi tinerelor mame. Opiniile privind condiţiile oferite de către serviciile de asistenţă medicală pentru femeile gravide şi naşterea copiilor sunt distribuite astfel:

- parturientele consideră doar în proporţie de 30% că serviciile de asistenţă medicală oferă condiţii optime pentru femeile gravide şi naşterea copiilor,
- 67% dintre acestea care se tem pentru condiţiile în care vor aduce pe lume un copil (consideră că sunt nesatisfăcătoare condiţiile din spital)
- 3% dintre gravide susţin că nu cunosc condiţiile din spitale şi serviciile oferite de asistenţa medicală, dar se tem pentru momentul naşterii.

Opiniile privind apelul la serviciile de consiliere psihologică în perioada gravidității sau a maternității pot fi observate sunt distribuite astfel:

- 48% dintre gravide consideră că este necesară consilierea psihologică în perioada gravidității sau a maternității, (în special femeile din mediul urban și cu un nivel superior al studiilor),
- 52% dintre gravide consideră că nu este necesară consilierea psihologică în perioada gravidității sau a maternității

Plecând de la aceste opinii am elaborat un proiect de consiliere psihologică adaptat tinerelor care își doresc nașterea și dezvoltarea sănătoasă a unui copil structurat în 3 etape:

1. Asistență psiho-educațională prenatală și planificarea familială
2. Consilierea psihologică a gravidelor
3. Consilierea psihologică post-natală pentru evitarea abandonului matern

3.1. Programul de asistența psiho-educațională prenatală și planificarea familială

Argument

Sănătatea sexuală și controlul fertilității. Decizia de avea copii

Sănătatea reproductivă reprezintă atât o stare fizică și psihică sanogenă cât și o condiție socială optimă sub toate aspectele legate de sistemul reproducerii, de funcțiile și procesele acestuia. Capacitatea femeilor de a-și proteja drepturile reproductive și sănătatea sexuală, precum și dreptul de a lua decizii când și dacă să aibă copii sunt definitorii pentru libertatea de a-și modela propria viață de cuplu și socială și pentru a se bucura de plăcerea vieții sexuale. Libertatea reproductivă presupune nu numai dreptul de a întrerupe sarcina dar și un control sigur și calificat al fertilității, educație sexuală în școli, dreptul fiecăruia de a avea acea viață sexuală pe care și-a ales-o, eliminarea pericolelor nucleare, chimice, ocupaționale și cele la adresa sistemului reproductiv. În societatea tradițională, controlul asupra nașterilor fiind cvaziinexistent, în percepția socială maternitatea se identifica cu feminitatea. În societatea modernă, nașterea copiilor este un act conștient și deliberat al femeii

1. Obiectivele programului

1. studierea caracteristicilor psiho-sociale privind manifestarea comportamentului procreativ și al rolului fertilității în familia românească
2. identificarea unor modalități de educație sexuală, informare și consiliere psihologică pentru un control conștient al fertilității (furnizarea de contraceptive, testarea sarcinilor)
3. determinarea conștientă de către cuplu a numărului total de copii și a eșalonării în timp a nașterii acestora.
4. prevenirea sarcinilor nedorite și cu risc crescut
5. consilierea psihologică a femeilor în cazul unor avorturi spontane sau provocate
6. reducerea morbidității și mortalității induse de sarcină
7. consilierea cuplului în caz de infertilitate

2. Populația țintă

Beneficiarii acestui tip de proiect sunt persoanele cu potențial procreativ (preadolescenți, adolescenți, tineri în cuplu sau în afara cuplului) care provin atât din medii sociale favorabile cât și defavorabile.

3. Activități de consiliere psihologică prenatală

- ➢ identificarea nevoilor tinerilor în ceea ce privește sănătatea reproducerii,
- ➢ consilierea pentru prevenirea sarcinii nedorite (contracepție),
- ➢ evaluarea stării sănătății reproducerii,
- ➢ consilierea preconcepțională, sfatul genetic
- ➢ consilierea tinerilor referitor la prevenirea unei sarcini nedorite sau cu risc înalt pentru sănătatea mamei și a viitorului copil
- ➢ educația pentru sănătatea sexuală și prevenirea bolilor cu transmitere sexuală

4. Categorii profesionale și instituții implicate în planificarea familială:

a) categorii medicale:

- ➢ specialiști în planificarea familială (medici și moașe)-oferirea întregii game de servicii de planificare familială indicate mai sus
- ➢ obstetricieni-ginecologi-consilierea pacientelor cu problemele privind planificarea familială și protejarea sănătății reproducerii
- ➢ medici de familie-consilierea pacientelor în probleme planificării familiale și protejării sănătății reproducerii
- ➢ geneticieni: consultația preconcepțională pentru evaluarea gradului de risc pentru sarcină și nașterea unui copil cu malformații congenitale sau cu o ereditate patologică
- ➢ medici neonatologi și pediatri, moașe și asistente medicale, farmaciști.

b) categorii nemedicale

- ➢ pedagogi, profesori-educația sexuală și pregătirea adolescenților pentru viața de familie
- ➢ consilieri psihologi și psihoterapeuți-optimizarea comportamentului relațional al femeii gravide, evitarea stării de anxietate intrapartum și a depresiei post-natale, favorizarea atașamentului în relația părinți-copii
- ➢ juriști-consilierea juridică în cazuri particulare privind aspectele legale ale planificării familiale
- ➢ oameni de afaceri-oferirea de donații pentru activitățile de planificare familială

Instituții și organizații implicate în planificarea familială:

- ➢ Parlament-suportul legislativ al planificării familiale,
- ➢ Guvern-suportul politic, financiar și organizațional al planificării familiale,
- ➢ Instituții medicale-acordarea serviciilor de consiliere, curative și informative în planificarea familială și protejarea sănătății reproducerii,
- ➢ Școala- promovarea educației sexuale a adolescenților,
- ➢ Familia-educația copiilor în formarea unei atitudini responsabile în comportamentul sexual,

- Organizaţii nonguvernamentale-ajutor consultativ, acordarea serviciilor pentru grupurile vulnerabile, instruire, producerea materialelor informativ-educaţionale în problemele planificării familiale
- Organismele internaţionale-informare, instruire, expertiză, ajutor consultativ, donaţii, finanţarea proiectelor în planificarea familială
- Mass-media-informarea populaţiei în planificarea familială



Fig. nr. 2: Extinderea sistemului de planificare familială de la nivelul cuplului, la nivelul familiei şi al comunităţii

Tratamentul infertilităţii
Consult genetic
Planning Familial şi contracepţie
Consiliere maritală
Consiliere psihologică prenatală
Consiliere psihologică postnatală
Monitorizarea avorturilor în siguranţă
Prevenirea şi tratamentul BTS
Tratamentul sterilităţii
MATERNITATE FĂRĂ RISC

Fig. nr. 3: Cercul acţiunilor de planificare familială şi consiliere psihologică pentru o *„Maternitate fără risc"*

3.2. *Programul de consiliere psihologică de tip experiențial a gravidelor*

3.2.1. Obiectivele programului:

Obiectiv teoretic: programul își propune evaluarea valențelor formative ale tehnicilor psihoterapiei experiențiale în asistența și consilierea psihologică a gravidelor în timpul sarcinii

Obiective practice:

1) formarea unei imagini de sine pozitive a gravidei, creșterea încrederii în sine, a spontaneității și expresivității personale

2) reducerea treptată a nivelului de anxietate în timpul sarcinii pentru evitarea dezvoltării depresiei post-natale

3) identificarea și dezvoltarea resurselor psihologice ale gravidelor pentru optimizarea relației de cuplu și dezvoltarea atașamentului părinți-copil

3.2.2. Ipoteză:

Se prezumă că există diferențe semnificative între gravidele din lotul de control și gravidele din lotul experimental, care în urma participării la ***Programul de consiliere psihologică*** își optimizează comportamentul relațional

3.2.3. Descrierea eșantionului:

Eșantionul a totalizat un număr de 40 de subiecți, tinere gravide distribuite astfel:

- **lotul experimental** a fost alcătuit din 20 de gravide aflate în al doilea sau al treilea trimestru de sarcină cu vârsta cuprinsă între 21 și 35 de ani care și-au exprimat dorința de a fi evaluate și de a participa la ***Programul de consiliere psihologică pentru gravide***. Acestea au fost împărțite în două grupe.
- **lotul de control** a fost alcătuit din 20 de gravide aflate în al doilea sau al treilea trimestru de sarcină cu vârsta cuprinsă între 22 și 37 de ani care nu au intenționat să participe la Programul de consiliere psihologică pentru gravide dar au acceptat să fie evaluate.

3.2.4. Descrierea instrumentelor de investigație psihologică

S-au utilizat în studiul nostru următoarele metode și tehnici de cercetare:

a) Metoda observației: observarea conduitei expresive a gravidelor structurată în funcție de următoarele unități comportamentale: observarea posturii, gestica, privirea, mimica, exprimarea verbală, reacții în situația de observare

b) Inventar de personalitate Freiburg (Fahrenberg F., S., 1984)

c) Testul Desenul persoanei (DAP) și Desenul familiei adaptate ca instrumente proiective.

3.2.5. Descrierea Programului de consiliere psihologică de tip experienţial pentru gravide

Programul terapeutic, descris în Anexa nr. 23 s-a desfăşurat timp de 3 luni în perioada iunie 2006-septembrie 2006, săptămânal pe parcursul a 10 şedinţe de consiliere de grup cu durata de o oră pentru gravidele aflate în ultimele 3-4 luni de sarcină.

3.2.6. Prelucrarea statistică şi interpretarea rezultatelor cercetării

Ipoteză:

Se prezumă că există diferenţe semnificative între gravidele din lotul de control şi gravidele din lotul experimental, care în urma participării la ***Programul de consiliere psihologică de tip experienţial*** îşi optimizează comportamentul relaţional

Interpretarea rezultatelor

Atât la nivelul **eşantionului experimental** cât şi la nivelul **eşantionului de control** am înregistrat la o evaluare iniţială valorile obţinute la nivelul fiecărui indicator al **Inventarului de personalitate FPI.** Ulterior am realizat o interpretare a semnificaţiei valorilor ***Testului t***, obţinute prin prelucrarea statistică prin programul SPSS10, utilizat pentru a compara valorile iniţiale şi valorile finale atât în cazul gravidelor din eşantionul experimental, după participarea la programul de consiliere, cât şi în cazul gravidelor din eşantionul de control, care nu au participat la programul de consiliere.

Pentru a observa dacă există sau nu diferenţe semnificative între frecvenţele fiecărui tip de comportament, la nivelul eşantionului experimental, la începutul şi la sfârşitul programului de consiliere am utilizat **Testul t** pornind de la următoarea ipoteză statistică:

H0: nu există diferenţe semnificative între frecvenţele comportamentelor înregistrate la începutul Programului de consiliere şi frecvenţele comportamentelor înregistrate la sfârşitul programului.

Tabelul nr. 14

Valoarea Testului t şi a pragului de semnificaţie la nivelul eşantionului experimental şi al eşantionului de control

Scalele FPI	Eşantion experimental		Eşantion de control	
	Valoarea testului t	Prag de semnificaţie	Valoarea testului t	Prag de semnificaţie
FPI1-FPI1RT nervozitate	3,55	,002	1,71	,104
FPI2-FPI2 RT agresivitate spontană	4,48	,000	-3,58	,002
FPI3-FPI3 RT depresie	4,79	,000	-5,10	,000
FPI4-FPI4RT excitabilitate	2,17	,042	-5	,042
FPI5-FPI5RT sociabilitate	3,67	,002	,839	,412
FPI6-FPI6RT calm	3,68	,002	3,57	,002
FPI7-FPI7 RT tendinţa de dominare	1,98	,062	-3,68	,002
FPI8-FPI8RT inhibiţie	2,85	,010	-2,46	,024
FPI9- FPI9RT sinceritate	4,49	,000	-3,47	,003
FPIIE-FPIERT extraversie	,94	,035	-4,72	,043
FPIN-FPINRT labilitate emoţională	4,29	,000	-4,04	,001
FPIM-FPIMRT masculinitate	,94	,359	,94	,359

Valoarea tabelară pentru t la p = 0.001 pentru 20 de subiecţi este 2,84.Valorile obţinute de noi la majoritatea comportamentelor sunt mai mari de 2,84 deci putem infirma ipoteza nulă. Se evidenţiază aşadar la nivelul eşantionului experimental diferenţe semnificative în plan comportamental la finalul experienţei de grup după cum urmează:

Scala FPI1 – nervozitate are scopul de a detecta persoane caracterizate de tulburări psihosomatice motivate de trăiri subiective care în genere sunt asociate cu stările de nervozitate şi de sensibilitate psihică. Pentru acest indicator, modificările ***la nivelul lotului experimental*** sunt semnificative, în sensul că a scăzut numărul gravidelor cu tendinţe superioare şi foarte puternice către tulburări psihosomatice, spre deosebire de lotul de control unde modificările nu sunt semnificative.

Scala FPI2 – agresivitate spontană are scopul de a detecta gravidele caracterizate de un nivel mare de agresivitate spontană, adică persoane care au o stare generală de ostilitate faţă de cei din jur şi faţă de evenimentele cu care se confruntă, care se înfurie cu mare uşurinţă şi care persistă relativ mult în această stare. Pentru acest indicator s-au înregistrat modificări atât la nivelul eşantionului experimental, cât şi la nivelul eşantionului de control, la acesta din urmă valoarea testului t este negativă ceea ce indică o creştere a tendinţelor de manifestare a autoagresiunii, a lipsei de încredere în sine şi a anxietăţii de aşteptare odată cu apropierea evenimentului naşterii.Comparativ, la nivelul lotului experimental care a participat la programul de consiliere a crescut numărul gravidelor cu un comportament lipsit de agresivitate.

Scala FPI3 – depresie are scopul de a identifica persoanele cu o labilitate accentuată a dispoziţiei afective, gravidele înclinate mai degrabă spre afectivitate negativă, astenie, retragere, pesimism, sentimentul neîncrederii în propriile forţe şi al lipsei de recunoaştere din partea celor din jur, a lipsei de valoare şi a lipsei de scop în viaţă, într-un cuvânt persoane caracterizate de sentimente depresive. Pentru acest indicator s-au înregistrat modificări atât la nivelul eşantionului experimental, cât şi la nivelul eşantionului de control, la acesta din urmă valoarea testului t este negativă ceea ce indică o creştere a tendinţelor depresive. Gravidele din lotul de control susţin că au deseori sentimente profunde de inferioritate, sunt iritabile, hipersensibile, cu multe griji şi frământări, autoreproşuri, sentimente de insuficienţă şi inadecvare personală.

Scala FPI4 – excitabilitate are scopul de a detecta persoanele impulsive, sensibile la frustrare şi provocări, iritabile, cu un tonus emoţional ridicat, uşor de deranjat. Pentru acest indicator, diferenţele nu sunt semnificative.

Scala FPI5 – sociabilitate are scopul de a detecta femeile care au tendinţa de a menţine sau de a stabili noi contacte sociale, de a participa activ la manifestarea comportamentelor sociale, inclusiv de a-şi păstra locul de muncă pe perioada gravidităţii. La nivelul eşntionului experimental s-au înregistrat diferenţe semnificative între evaluarea iniţială şi evaluarea finală, după desfăşurarea programului de consiliere, astfel încât gravidele din acest lot nu au ezitat contactele sociale, şi-au păstrat comportamentul activ, au frecventat locul de muncă pe perioada gravidităţii şi au participat frecvent la activităţi de loisir. Ele susţin că au un comportament stenic, întreprinzător şi activ. La nivelul eşantionului de control nu s-au înregistrat modificări semnificative.

Scala FPI6 – calm are obiectivul de a detecta persoanele încrezătoare în sine, bine dispuse, optimiste, caracterizate de sentimentul propriei valori şi în consecinţă de calm şi echilibru în interacţiunea socială. Pentru acest indicator s-au obţinut modificări semnificative atât la nivelul eşantionului experimental cât şi la nivelul eşantionului de

control, în sensul că la nivelul primului eşntion a crescut numărul gravidelor optimiste cu încredere în viitor.

Scala FPI7 – tendința de dominare identifică persoanele caracterizate ca posedând o agresivitate reactivă, care sunt dominante şi care caută să se impună pe sine şi propria părere. Pentru acest indicator nu s-au înregistrat modificări semnificative la nivelul eşantionului experimental, dar la nivelul eşantionului de control a crescut numărul gravidelor cu tendință de dominare şi care manifestă frecvent temeri asociate cu incapacitatea de face față travaliului şi naşterii.

Scala FPI8 – inhibiție are ca scop identificarea tinerelor gravide retrase, nesigure, emotive, cu contacte sociale reduse. Valoarea testului t este semnificativă pentru acest indicator la nivelul eşantionului experimental, unde a crescut numărul tinerelor gravide încrezătoare în forțele proprii, spontane, capabile de a menține contactele sociale, iar la nivelul eşantionului de control nu s-au înregistrat modificări semnificative.

Scala FPI9 – sinceritate a fost creată pentru a identifica persoane cu un comportament deschis, caracterizat de franchețe, care nu au multe lucruri de ascuns. Aceste persoane recunosc de cele mai multe ori că au comportamente diferite în particular, decât atunci când sunt observate de cei din jur, motiv pentru care scorurile mari ale acestei scale sunt un indiciu pentru distorsionarea protocolului de către subiectul evaluat cu scopul de a prezenta o imagine mai favorabilă. Chiar dacă la evaluarea inițială gravidele au prezentat un uşor trac şi tendințe inhibitive, nu s-au înregistrat comportamente de disimulare care să distorsioneze valoarea testului aplicat.

Scala FPIE – extraversie identifică persoanele sociabile, impulsive, participative social, care resimt plăcere din interacțiunea socială şi care caută în mod activ această interacțiune fiind echipate la nivelul aptitudinilor interpersoanle pentru a o derula cu eficiență. Pentru acest indicator nu s-au înregistrat modificări semnificative.

Scala FPIN – labilitate emoțională evaluează stabilitatea emoțională sau la polul opus nevrotismul unei persoane aşa cum a fost teoretizat acest construct de Eysenck& Eysenck (1975). Scala identifică prin urmare la scorurile mari persoane nevrotice, necontrolate, labile din punct de vedere emoțional, lipsite de mecanisme de coping, iar la polul opus, persoane stabile din punct de vedere emoțional, cu un control optim asupra propriului comportament, încrezătoare în sine. Pentru acest indicator s-au înregistrat modificări semnificative, la nivelul eşantionului experimental a crescut numărul gravidelor cu o dispoziție echilibrată, stabilă caracterizată de sentimente cu precădere pozitive vis-a vis de naşterea copilului şi adoptarea rolurilor parentale. La nivelul eşantionului de control a crescut numărul gravidelor cu un nivel mediu şi superior de labilitate emoțională. Aceste tinere manifestă sentimente de culpabilitate şi se simt adesea neînțelese şi au dificultăți de relaționare socială.

Scala FPIM – masculinitate a fost generată cu scopul de a surprinde autodescrierea tipic masculină sau feminină a persoanei evaluate. Scopul primar al acestei scale este de a identifica persoanele cu o atitudine masculină, caracterizate de autoafirmare activă, dominante, asertive, întreprinzătoare, spre deosebire de persoanele cu o atitudine feminină submisive, reținute, descurajate, astenice şi retrase.

Pentru acest indicator nu s-au înregistrat modificări semnificative nici la nivelul lotului experimental, nici la nivelul lotului de control. În cele ce urmează vom realiza o interpretare procentuală a valorilor obținute la nivelul celor două eşantioane pentru Inventarul de personalitate Freiburg.

Tabel nr. 15

Distribuţia procentuală obţinută la nivelul eşantionului experimental şi al eşantionului de control pentru valorile Inventarului de personalitate Freiburg

Scalele FPI	Eşantion experimental		Eşantion de control	
	Testare iniţială	Retestare	Testare iniţială	Retestare
FPI1– nervozitate, tulburări psihosomatice	30%	25%	25%	40%
FPI1 – lipsa tulburărilor psihosomatice	70%	75%	75%	60%
FPI2 agresivitate, imaturitate emoţională	40%	35%	40%	50%
FPII2 stăpânire de sine, autocontrol	60%	55%	60%	50%
FPI3 depresie, nesiguranţă	35%	15%	30%	55%
FPI3 dispoziţie echilibrată	65%	85%	70%	45%
FPI4 excitabilitate, impulsivitate	30%	15%	60%	45%
FPI4 stăpânire emoţională	60%	85%	90%	55%
FPI5 nesociabil	20%	10%	15%	20%
FPI5 sociabil	80%	90%	85%	80%
FPI6 iritabil, oscilant	10%	0%	5%	15%
FPI6 calm, cu încredere în sine	90%	100%	95%	85%
FPI7 tendinţa de dominare, reactivitate	25%	25%	30%	35%
FPI7 tolerant, cumpătat	75%	75%	70%	65%
FPI8 inhibiţie, tensiune	10%	0%	20%	35%
FPI8 dezinvoltură, siguranţă de sine	90%	100%	80%	65%
FPI9 fire deschisă, sinceritate	85%	95%	85%	80%
FPI9 disimulare, încercare de a face impresie bună	15%	5%	15%	20%
FPIE extraversie	85%	85%	90%	90%
FPIE introversie	15%	15%	10%	10%
FPIN labilitate emoţională	30%	20%	35%	50%
FPIN dispoziţie emoţională stabilă	70%	80%	65%	50%
FPIM masculinitate	85%	75%	80%	80%
FPIM feminitate	15%	25%	20%	20%

FPI1 nervozitate, tulburări psihosomatice *versus* lipsa tulburărilor psihosomatice

Vizează caracterul subiectiv al tulburărilor – tulburări de somn, dureri şi stări generale proaste, fatigabilitate până la epuizare, nelinişte, instabilitate, meteoropatie. *Valoarea mare de testare* care indică frecvenţa tulburărilor psihosomatice a fost înregistrată în procent de 25% la gravidele din lotul experimental înaintea programului terapeutic şi în procent de 15% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 25% înaintea testării şi în procent 40% de după retestare. *La gravidele din lotul de control* s-a înregistrat în ultimele două luni de sarcină un scor ridicat ceea ce argumentează faptul că ele resimt disconfort psihosomatic, senzaţie de epuizare iar afectele sunt foarte puternic somatizate. Stările de iritare afectivă sunt însoţite de tulburări vegetative: roşeaţă, tremur, transpiraţii reci etc. Ea semnifică tendinţa spre acuze somatice, respectiv semnifică afecţiuni de ordin vegetativ, adică probleme hemodinamice, de respiraţie, tulburări motorii etc. *Valoarea mică de testare* care exprimă manifestarea unui comportament echilibrat a fost înregistrată în procent de 75% la gravidele din lotul experimental înainte de terapie, şi în procent de 85% la

retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 75% înaintea testării şi în procent de 60% după retestare.

În concluzie la nivelul lotului de control a crescut numărul gravidelor cu tulburări psihosomatice iar la nivelul lotului experimental, care a participat la programul de consiliere a crescut numărul gravidelor care manifestă înainte de naşterea copilului un comportament echilibrat, sănătos.

FPI2 agresivitate, imaturitate emoţională *versus* stăpânire de sine, autocontrol, neagresivitate, maturitate

Acest indicator indică dispoziţii către acte de agresiune corporală verbale sau imaginare, reacţii negative faţă de obiecte şi animale, impulsivitate, lipsă de autocontrol cu pregnantă nevoie de schimbare, tendinţă spre exaltare. Nu trebuie să înţelegem neapărat că valorile mari conduc la note agresive, ci mai degrabă la o disponibilitate faţă de astfel de tendinţe.*Valoarea mare de testare* care exprimă frecvenţa comportamentelor agresive a fost înregistrată în procent de 40% la gravidele din lotul experimental înaintea testării şi în procent de 35% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 40% înaintea testării şi în procent de 50% după retestare. *Valoarea mică de testare* exprimă stăpânire de sine şi autocontrol şi a fost înregistrată în procent de 60% la gravidele din lotul experimental înainte de terapie, şi în procent de 65% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 50% înaintea testării şi în procent de 50% după retestare. Observăm astfel că la nivelul eşantionului de control s-au intensificat comportamentele impulsive şi tendinţele agresive.

FPI3 depresie, nesiguranţă *versus* mulţumire, siguranţă de sine

Valoarea mare de testare care indică frecvenţa stărilor depresive şi a stărilor de iritabilitate a fost înregistrată în procent de 35% la gravidele din lotul experimental înaintea testării şi în procent de 15 % la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 30% înaintea testării şi în procent de 55% după retestare. Valoarea mare de testare indică faptul că subiectul are stări de indispoziţie, fluctuanţă mare în dispoziţii, cu predominarea notelor depresive. Gravidele din această categorie se caracterizează prin iritabilitate, proastă dispoziţie, anxietate, cu sentimentul unui pericol nedefinit, sentimente de singurătate gol lăuntric, apatie. Deşi se simt singure, preferă totuşi singurătatea, au o putere de concentrare redusă, se lasă duse pe gânduri şi manifestă frecvent complexe de inferioritate. *Valoarea mică de testare* semnifică dispoziţie echilibrată, subiectul este relaxat, optimist, fără griji, aflat în raportuni emoţionale bune cu ceilalţi, se simte în stare să îşi croiască drum în viaţă.*Valoarea mică de testare* a fost înregistrată în procent de 65% la gravidele din lotul experimental înainte de testare, şi în procent de 85% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 70% înaintea testării şi în procent de 45% după retestare.

FPI4 emotivitate, frustrare *versus* calm, apatie

Valoarea mare de testare indică stări de iritabilitate, tensiune, susceptibilitate şi emotivitate, toleranţă scăzută la frustrare, nelinişte şi nerăbdare şi apoi furie şi agresivitate,

acţiuni şi afecte violente. Subiectul prezintă stări de indispoziţie, de iritabilitate, este tensionat, excitabil şi emotiv, cu redusă toleranţă la frustraţie, adică se simte deranjat de situaţiile banale, este nerăbdător, neliniştit şi devine uşor irascibil, furios, chiar agresiv, are puţine inhibiţii. *Valoarea mare de testare* a fost înregistrată în procent de 30% la gravidele din lotul experimental înaintea testării şi în procent de 15% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 30% înaintea testării şi în procent de 45% după retestare. *Valoarea mică de testare* arată că subiectul este, în general, calm, apatic, flegmatic, stapânit emoţional, răbdător, cu toleranţă mare la frustrare.*Valoarea mică de testare* a fost înregistrată în procent de 70% la gravidele din lotul experimental înainte de testare, şi în procent de 85% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 70% înaintea testării şi în procent de 55% după retestare.

FPI5 sociabilitate versus nesociabilitate

Valoarea mare de testare arată că subiectul prezintă dorinţa şi tendinţa de a stabili contacte, este sociabil, leagă repede prietenii, are un cerc mare de cunoştinţe, manifestă vioiciune, este întreprinzător, activ, comunicativ, vorbăreţ. Dimensiunea acestui factor este interpretată drept caracter sociabil. În acest caz este evidentă dorinţa subiectului de contact social, nevoia de a stabili contacte spre deosebire de FPI 8, unde este testată capacitatea efectivă de a stabili contacte. *Valoarea mare de testare* a fost înregistrată în procent de 80% la gravidele din lotul experimental înaintea testării şi în procent de 90% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 85% înaintea testării şi în procent de 80% după retestare. *Valoarea mică de testare* indică faptul că subiectul prezintă o dorinţă de contact social redusă, se mulţumeşte cu propria persoană, stabileşte greu prietenii, este o fire ciudată, retrasă, distantă rezervată, taciturnă şi puţin întreprinzătoare. *Valoarea mică de testare* a fost înregistrată în procent de 20 % la gravidele din lotul experimental înainte de testare, şi în procent de 10% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 15% înaintea testării şi în procent de 20% după retestare.

FPI6 caracter calm încredere în sine, bună dispoziţie versus iritabilitate, ezitare

Valoarea mare de testare arată că subiectul are încredere în sine, nu se abate de la drumul lui, greu poate fi enervat, în general, este răbdător, dârz şi neclintit, energic, acţionând repede şi eficient. *Valoarea mare de testare* a fost înregistrată în procent de 90% la gravidele din lotul experimental înaintea testării şi în procent de 95% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 80% înaintea testării şi în procent de 65% după retestare. *Valoarea mică de testare* indică faptul că subiectul prezintă iritabilitate, este decepţionat sau poate fi decepţionat uşor, este susceptibil şi descurajat pentru că ia lucrurile prea în serios, poate fi uşor deranjat şi pus într-o situaţie penibilă, se poate îngrijora uşor, ezită, preferă să aştepte, nu-i plac situaţiile şi hotărârile impulsive, în general este pesimist. *Valoarea mică de testare* a fost înregistrată în procent de 10% la gravidele din lotul experimental înainte de testare, şi în procent de 5% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 20% înaintea testării şi în procent de 35% după retestare.

FPI7 tendința de dominare, reactivitate *versus* atitudine tolerantă, maleabilitate

Valoarea mare de testare semnifică sete de putere, acte de agresiune fizică, verbală, imaginativă, persoana are concepție egocentrică, are tendințe de suspiciune, de neîncredere față de ceilalți, tinde către o gândire autoritară, caracteristicile sale sunt agresivitatea reactivă, vina și pedeapsa. V*aloarea mare de testare* a fost înregistrată în procent de 25% la gravidele din lotul experimental înaintea testării și în procent de 20% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eșantionul de control în procent de 30% înaintea testării și în procent de 35% după retestare. *Valoarea mică de testare* arată că subiectul prezintă tact și atitudine ponderată, este înțelegător, maleabil, nu-i place agresivitatea, manifestă o atitudine de toleranță și încredere în judecățile morale, diferențiatoare.*Valoarea mică de testare* a fost înregistrată în procent de 75% la gravidele din lotul experimental înainte de testare, și în procent de 80% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eșantionul de control în procent de 70% înaintea testării și în procent de 65% după retestare.

FPI8 inhibiție, tensiune versus atitudine degajată, capacitate de a stabili contacte

Valoarea mare de testare arată că subiectul este timid, stingher, inhibat incapabil de contacte sociale, are trac, neplăceri fizice înaintea anumitor evenimente: tremurături, paloare, roseață, bâlbe, tulburări digestive. Persoanele se caracterizează printr-o putere scăzută de acțiune, prin nesiguranță în luarea deciziilor, sunt persoane fricoase, speriate și foarte iritate când se știu supravegheate. Valoarea lui FPI 8 nu depinde de vârstă, de cultură, dar depinde de sex, femeile au valori mai mari, sunt mai timide.Valorile mari la FPI 8 sunt în legatură cu valorile mari la FPI 3, FPI 1 și corelează cu valorile minime de la FPI 5 și de la FPI 6. *Valoarea mare de testare* a fost înregistrată în procent de 10% la gravidele din lotul experimental înaintea testării și în procent de 5% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eșantionul de control în procent de 20% înaintea testării și în procent de 35% după retestare. *Valoarea mică de testare* este caracteristică subiecților dezinvolți, siguri pe ei, încrezători, care prezintă puține fenomene fizice datorate tensiunilor psihice, deci o slabă participare fizică la acțiunea afectogenă, au disponibilitate pentru acțiune, sunt persoane eficiente. *Valoarea mică de testare* a fost înregistrată în procent de 90% la gravidele din lotul experimental înainte de testare, și în procent de 95% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eșantionul de control în procent de 80% înaintea testării și în procent de 65% după retestare.

FPI9 sinceritate (fire deschisă, autocritică – fire închisă, fără simț autocritic). *Valoarea mare de testare* arată că subiectul își recunoaște micile defecte, este autocritic și poate avea, în anumite împrejurări, o atitudine dezinvoltă.*Valoarea mică de testare* este specifică subiecților care tind să disimuleze unele slăbiciuni și defecte, ei vor să producă o impresie bună, se caracterizează prin lipsa de sinceritate și de simț autocritic.*Valoarea mare de testare* a fost înregistrată în procent de 85% la gravidele din lotul experimental înaintea testării și în procent de 95% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eșantionul de control în procent de 85% înaintea testării și în procent de 80% după retestare. *Valoarea mică de testare* a fost înregistrată în procent de 15% la

gravidele din lotul experimental înainte de testare, şi în procent de 5% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 15% înaintea testării şi în procent de 20% după retestare.

Scalele suplimentare:

FPI-E extroversiune *versus* introversiune

Valoarea mare de testare exprimă extroversiune, adică sociabilitate, nevoie de contact şi capacitate de a stabili contacte, de a lega uşor prietenii. Acest indicator caracterizează persoanele cu o fire întreprinzătoare, capabile să se impună în anumite situaţii şi, uneori, nestapânite. *Valoarea mică de testare* exprimă introversiune, persoane singuratice, care se mulţumesc cu sine însăşi, calme, rezervate; nu sunt întreprinzătoare, sunt pasive, necomunicative, evită să fie în centrul atenţiei şi preferă mai degrabă să fie lăsate în pace. *Valoarea mare de testare* a fost înregistrată în procent de 85% la gravidele din lotul experimental înaintea testării şi în procent de 85% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 90 % înaintea testării şi în procent de 90% după retestare. *Valoarea mică de testare* a fost înregistrată în procent de 15% la gravidele din lotul experimental înainte de testare, şi în procent de 15% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 10% înaintea testării şi în procent de 10% după retestare. Constatăm că nu s-au înregistrat modificări la nivelul eşantionului experimental înainte sau după programul terapeutic, de asemenea nu s-au înregistrat modificări nici la nivelul eşantionului de control, deoare extroversia şi introversia sunt tendinţe care intră în configuraţia temperamentului şi nu pot suferi modificări într-o perioadă atât de scurtă de timp.

FPI-N labilitate emoţională versus stabilitate emoţională

Valoarea mare de testare arată că gravidele prezintă indispoziţie sau, în orice caz, o dispoziţie labilă, schimbătoare, dar cu preponderenţă depresivă, lipsit de vlagă, iritabil, uşor de lezat, cu proastă dispoziţie, supărăcioase şi mereu în tensiune. Frecvent ele au tendinţa de a visa, au sentimente culpabile, se simt adesea greşit înţelese şi nedreptăţite. *Valoarea mare de testare* a fost înregistrată în procent de 70% la gravidele din lotul experimental înaintea testării şi în procent de 80% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 65% înaintea testării şi în procent de 50% după retestare.*Valoarea mică de testare* arată că subiectul este stabil emoţional, echilibrat, bine dispus, răbdător, calm, stapân pe sine. *Valoarea mică de testare* a fost înregistrată în procent de 30% la gravidele din lotul experimental înainte de testare, şi în procent de 20% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 35% înaintea testării şi în procent de 50% după retestare.

FPI-M masculinitate – feminitate

Valoarea mare de testare este proprie comportamentului masculin, adică subiectul se impune activ în anumite situaţii, este conştient de sine, întreprinzător, gata de a acţiona, cu dispoziţie echilibrată, cu puţine tulburări fizice sau trac şi la fel cu puţine tulburări somatice. *Valoarea mare de testare* a fost înregistrată în procent de 85% la gravidele din lotul experimental înaintea testării şi în procent de 75% la retestarea

înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 80% înaintea testării şi în procent de 80% după retestare. *Valoarea mică de testare* a fost înregistrată în procent de 15% la gravidele din lotul experimental înainte de testare, şi în procent de 25% la retestarea înregistrată după programul de terapie iar la gravidele din eşantionul de control în procent de 20% înaintea testării şi în procent de 20% după retestare. Obţinerea unor diferenţe semnificative destul de mari la nivelul eşantionului experimental demonstrează că pe parcursul programului de consiliere au fost frecvent stimulate asertivitatea, care asigură o bună integrare şi corelează cu o imagine de sine pozitivă, relaţionarea şi comunicarea interpersonală, bazate pe o relevantă cooperare şi întrajutorare reciprocă. Efectele programului au fost resimţite de tinerele mame în relaţiile de ataşament cu copilul, între parteneri, la nivelul relaţiei de cuplu şi ulterior în relaţiile interpersonale stabilitate de tinerele mame cu familia extinsă sau în relaţiile cu personalul medical din maternitate.

3.2.7. Concluzii privind organizarea şi rezultatele Programului de consiliere psihologică

Acţiunile de consiliere psihologică a gravidelor au fost organizate având în vedere următoarele coordonate:

1. Acceptarea normală a sarcinii
2. Interpretarea de roluri;
3. Mecanismul introspecţie-proiecţie-respingere;
4. Răspunsurile emoţionale la sarcină; suferinţa şi narcisismul.

1. Acceptarea normală a sarcinii poate fi perturbată de o serie de factori, evenimente sau idei preconcepute pe care le-am analizat împreună cu clientele noastre printre care menţionăm:

- sarcinile multiple;
- copiii născuţi la interval de 10–12 luni unul faţă de celălalt;
- schimbările de domiciliu în timpul sarcinii sau perioadei copilului nou-născut care implică nevoia de a stabili noi relaţii sociale sau de a găsi noi persoane de sprijin;
- despărţirea de familie sau revenirea la aceasta din considerente economice într-o perioadă critică pentru mamă şi copil;
- pierderea neaşteptată a siguranţei prin pierderea locului de muncă de către soţ sau de către femeia însărcinată;
- infidelitatea maritală în perioada prenatală;
- boala proprie, a soţului sau a unei rude care trebuie îngrijită într-o perioadă critică;
- pierderea soţului sau tatălui copilului aproape de perioada prenatală;
- conceperea şi derularea unei sarcini asociată cu pierderea unei persoane cu care exista o legătură foarte importantă;
- avorturi anterioare; perioade de sterilitate, naşteri trecute traumatizante; pierderea copiilor anteriori;

➢ complicații în sănătatea femeii însărcinate; prieteni apropiați sau rude cu copii cu probleme;
➢ suprapunerea conceperii copilului cu o serie de experiențe devalorizante.

2. Interpretarea de roluri

Ca parte a nevoii feminine de interpretare de roluri în timpul sarcinii, gravidele intervievate au arătat că se interesează permanent despre creșterea nou-născuților și a sugarilor. Dacă inițial sursele de informare erau reprezentate la nivelul familiei extinse, în prezent se extinde aria acestora la instituțiile medicale, cabinetele de planificare familială, cabinetele psihologice și centrele de asistență socială. Din această perspectivă ar fi utilă participarea cuplurilor la cursuri educative pentru viitorul rol de părinte (*«Școala părinților»*). Participarea la astfel de cursuri va ajuta cuplul să accepte sarcina, să imite roluri, sau să-și dezvolte anumite modele sau paternuri educaționale și comunicaționale.

Putem identifica din analiza răspunsurilor oferite de gravide *trei etape psihologice corespunzătoare evoluției sarcinii. Acestea sunt:*

- primul trimestru – acceptarea sarcinii;
- al doilea trimestru – acceptarea copilului;
- al treilea trimestru – pregătirea pentru adoptarea rolului parental.

- ***Primul trimestru-acceptarea sarcinii***

La începutul sarcinii, ale cărei circumstanțe inițiale pot fi foarte variabile (sarcina fiind nerecunoscută, negată, imediat și intuitiv afirmată etc.) există o enormă bulversare a întregului organism feminin: procesele genitale influențează tot organismul femeii prin intermediul unui mare număr de procese fiziologice, în așa fel încât acesta este în întregime consacrat reproducerii. Este momentul în care apar manifestările orale: grețuri, vărsături, bulimie, hipersalivație În primele 3 luni de sarcină copilul rămâne încă o producție imaginară a vieții psihice a mamei. Acest produs imaginar, care este în acest moment precursorul unei realizări concrete iminente, este fermentul ce stă la baza sentimentului matern. Analogiile care există între noua condiție – aceea a sarcinii – și vechile idei și amintiri, nevoia de a da un conținut psihic senzațiilor fizice ale acestei stări, tendința de a retrăi în mod regresiv imaginațiile de altădată, caracterizează femeia însărcinată.

Imaginea Eului fizic al tinerei însărcinate include:

➢ O componentă morfologică (exprimată prin modificările de ordin bio-somatic) care au loc în timpul gravidității femeii cât și o
➢ O componentă psihologică (legată de consecințele în plan psihologic ale modificărilor de ordin bio-somatic).

În multe culturi și în diferite etape istorice, idealul de frumusețe presupunea un corp cu forme generoase iar corpolența era atributul feminității, al fertilității și al capacității de reproducere și perpetuare. În perioada gravidității foarte multe femei nu își acceptă imaginea corporală, se simt devalorizate în relația cu partenerul iar dinamica interacțiunilor sexuale din cadrul cuplului înregistrează o curbă descendentă. Presiunile legate de aspectul fizic constituie pentru femei o sursă de stres imens deoarece ele încearcă să se conformeze standardelor impuse de către mass-media și eșuează prin adoptarea unui comportament alimentar care nu satisface trebuințele nutriționale ale

mamei sau ale fătului (tendință de subalimentare sau supraalimentare) iar în plan psihologic au urmări în manifestarea comportamentului anorectic sau bulimic.

Se impune adoptarea unei formule a feminității care ia în considerare diversitatea fizică, emoțională și spirituală a femeilor. A învăța femeile să-și iubească și să-și valorizeze propriul corp implică un efort considerabil cu efecte atât în planul dezvoltării personale cât și sociale

- ***Al doilea trimestru-acceptarea copilului***

După cum susțin gravidele, un punct crucial al sarcinii este *momentul însuflețirii, atunci când femeia simte mișcarea fătului.* Până când nu experimentează ea însăși această dovadă a existenței copilului, ea tinde să creadă despre viața din interiorul ei că este o parte integrantă a sa, mai degrabă decât o ființă cu o nouă viață. Gravida știe că în pântecul ei este o ființă vie, mănâncă pentru a-i întâmpina nevoile și ia vitamine pentru a-l ajuta să crească, dar se pare că acceptă că este ***doar o altă parte a corpului ei.*** Odată cu momentul însuflețirii ea va începe să-i dea copilului o identitate. Într-adevăr, la începutul sarcinii există o perioadă de „absență a copilului", apoi, progresiv, femeia va trece de la reprezentarea „de a fi însărcinată" la „a aștepta un copil", fetusul își face apariția în realitatea psihică a mamei, fapt favorizat de solicitudinea și de întrebările tatălui și ale celor din jur, percepția mișcărilor fetale etc. Acest moment, în care sunt resimțite primele mișcări ale copilului, este un moment-cheie, pentru că impune, o dată cu prezența resimțită a copilului ca atare, depășirea ambivalenței primelor luni. El marchează, în general, dispariția simptomelor și stabilirea unui regim relativ stabil în timpul perioadei de mijloc a sarcinii. În plus, aspectul liniștitor, pozitiv al mișcărilor fetale – care sunt semnul indubitabil al existenței personale a vieții copilului – este dublat la majoritatea femeilor de o neliniște legată de posibila sa moarte – dacă mișcările sunt resimțite ca rare, slabe – atât de puternică este ambivalența, și de pregnante îndoielile legate de propriile capacități.

- ***Al treilea trimestru: Nașterea și perioada post-partum. Pregătirea pentru adoptarea rolului parental***

Nașterea survine la sfârșitul acestei perioade de sarcină și copilul care se naște produce o modificare importantă în cursul relației mamă-copil prin separarea fizică. Cu toate acestea, fuziunea narcisică se continuă într-un fel prin hrănirea la sân, ceea ce diminuează sentimentul de pierdere, de rană, și care asigură copilului permanența protecției.Pentru mamă, nașterea este centrată în jurul separării/pierderii și durerii. Există femei care țin să nască în durere pentru a-și asuma din plin rolul de mamă; nu este mai puțin adevărat că această durere, eventual prelungită, pentru alte femei poate polariza toate angoasele, emoțiile ostile ale mamei, alterând legătura mamă-copil. Deși se cunoaște foarte bine că angoasa și durerea se află într-o strânsă relație, totuși mecanismele care reglează această relație sunt puțin cunoscute. Angoasa și durerea se pot adăuga una celeilalte – angoasa pregătind terenul propice durerii iar durerea sau teama de durere stârnind angoasa – sau, când mecanismele de apărare utilizate împotriva angoasei sunt mai arhaice și mai rigide, ele pot duce la dispariția durerii. Enigma acestor raporturi durere-angoasă se găsește deci în sistemul de apărare din interiorul unei personalități, în istoria individuală, în special în sectoarele constitutive ale feminității: imaginea corpului și vicisitudinile sale, rețeaua de identificări și mai ales identificarea cu mama. Aceste sectoare sunt aspecte constitutive ale

unui Eu mai mult sau mai puţin flexibil, cu anumite posibilităţi adaptative, care pot articula într-un anumit grad regresia şi progresia, frustrarea şi satisfacţia, dependenţa şi autonomia, activitatea şi pasivitatea. Perioada post-natală încheie procesul de gestaţie şi este perioada în care relaţia mamă-copil apare în toată originalitatea sa, ca o unitate indisociabilă: sugarul nu poate fi separat de îngrijirile mamei.

3. Mecanismul introspecţie-proiecţie-respingere

Acest mecanism a fost descris măcar parţial, dacă nu în totalitate de multe dintre gravidele intervievate. Mecanismul presupune iniţial conştientizarea de către femeie a nevoii sale de a învăţa să fie mamă; (introspecţie), apoi ea îşi poate găsi un model de mamă printre prieteni sau rude cu copii mici (proiecţie). Comportamentul modelului de rol este observat îndeaproape.

4. Răspunsurile emoţionale la sarcină

O mare parte din reacţiile femeii la sarcină sunt ambivalente. Ea doreşte sarcina şi totuşi nu se bucură de ea. Modificările comportamentului relaţional şi reacţiile afective ale femeilor gravide sunt frecvent întâlnite, parţial ca o manifestare a narcisismului specific perioadei, (sentimentele sale sunt uşor de rănit de remarci care până acum ar fi făcut-o să râdă), parţial ca o consecinţă a creşterii cantităţii de hormoni. Interesul viitorilor părinţi în privinţa exercitării rolului parental – educativ care satisface funcţia de îngrijire, creştere şi educare a copiilor poate fi analizat plecând de la răspunsurile acestora. Majoritatea gravidelor, în special cele aflate la naşterea primului copil consideră că în viitor controlul şi educaţia copiilor vor reveni în mare măsură ambilor parteneri în mod egal, spre deosebire de cazul gravidelor aflate la naşterea celui de-al doilea sau al treilea copil care sunt conştiente că aportul cel mai mare în îngrijirea şi educaţia copiilor mai ales în primii ani de viaţă le revine exclusiv mamelor.

Rolul organizatoric-administrativ satisface funcţiile de interacţiune şi decizie în sfera economico-menajeră, igienico-sanitară, loisir. Rolul relaţional şi de integrare socială a cuplului în grupul de apartenenţă (familie extinsă, prieteni, colegi, vecini) precum şi de integrare civic-profesională este dezvoltat în mică măsură în cuplurile în care gravida se află în ultimile luni de sarcină, ea preferând să-şi orienteze preocupările spre amenajarea ambientului şi pregătirea pentru naşterea copilului. Dintre strategiile pentru facilitarea unei naşteri normale pe care le-am analizat cu pacientele noastre menţionăm:

1. dezvoltarea şi menţinerea încrederii în abilitatea de a naşte natural
2. sprijinul emoţional şi fizic
3. încurajarea şi sprijinul verbal
4. crearea unui mediu pozitiv şi sigur (intimitate, muzică, lumină)
5. contribuţia unei echipe profesioniste, medic obstetrician, asistente, medic neonatolog
6. prezenţa continuă a partenerului,
7. rolul familiei, prietenilor
8. atingere şi masaj
9. hidroterapie, aromoterapie, relaxare, concentraţia atenţiei, respiraţie ritmată, stimularea celor 5 simţuri ca strategii a controlului durerii
10. stabilirea unui ritual şi ritm în travaliu

11. strategii de a face faţă unui travaliu prelungit
12. beneficiile unei poziţii verticale pentru al doilea stadiu
13. sprijinul în timpul travaliului în faza a doua
14. importanţa contactului direct între mamă şi copil imediat după naştere

3.3. *Program de consiliere psihologică post-natală*

3.3.1. Obiectivele proiectului

- Prevenirea abandonului şi a instituţionalizării copilului în primii ani de viaţă
- Asigurarea unor condiţii favorabile promovării unei bune stări de sănătate pentru mamă şi copil şi a unui comportament sanogen, cunoscut fiind faptul că alăptarea la sân a copilului în primele luni de viaţă exercită o influenţă biologică şi afectivă esenţială asupra stării de sănătate a mamei şi a copilului
- Prevenirea marginalizării sociale a mamei şi creşterea premiselor pentru reinserţia socio-profesională şi familială
- Schimbarea mentalităţii comunităţii faţă de "mama singură"
- Protejarea şi susţinerea gravidei aflată în dificultate socială şi conştientizarea acesteia asupra responsabilităţilor ce îi vor reveni în calitate de mamă

3.3.2. Populaţia ţintă

Beneficiarii acestui tip de proiect sunt persoane marginalizate, aflate într-un proces de rupere a legăturilor familiale, care locuiesc la prieteni sau pe stradă, nu au nici un venit, dar în pofida tuturor acestor dificultăţi, copilul reprezintă centrul vieţii lor. Din acestă categorie fac parte:

- cuplul mamă-copil aflat în risc de degradare-ruptură a legăturii familiale;
- mamă cu copil nou-născut cu intenţie de abandon (în general mama singură, mama minoră, mame provenind din familii marginalizate, sărace etc);
- mame cu mai mulţi copii minori care temporar nu mai au locuinţă şi care se confruntă cu mari probleme (financiare, profesionale, relaţionale), fiind în imposibilitatea de a asigura copiilor un trai decent;
- cuplul mamă-copil, abuzat sau neglijat de către tată sau de către alt membru al familiei;
- gravide în dificultate (aflate în una, mai multe din situaţiile prezentate anterior) pe parcursul ultimului trimestru de sarcină;
- cuplul mamă-copil inclus într-un program de restabilire a legăturii familiale;
- copii cu vârstă cuprinsă între 0–3 ani care au trecut printr-o formă de protecţie (plasament la asistent maternal sau rezidenţial), în cazul cărora este necesară o etapă intermediară de asistenţă complexă şi suport pentru mamă în vederea reintegrării familiale definitive a copilului;
- tinere mame care întâmpină probleme de relaţionare cu propriul copil.

3.3.3. Activităţi de consiliere psihologică post-natală

Atelierele de puericultură, sub directa îndrumare a asistentului medical şi a psihologului, urmăresc acumularea unor cunoştinţe şi deprinderi de creştere şi îngrijire corectă a copilului, cum ar fi înfăşarea, alăptarea, poziţionarea la sân, baia copilului, alimentaţia corectă, bolile copilăriei.

Activitatea de planificare familială constă într-un schimb de informaţii, idei şi discuţii dintre consilier şi tânăra mamă care are drept scop ajutarea acestea în identificarea nevoilor legate de sănătatea reproducerii şi pentru a lua cea mai bună decizie în domeniul contracepţiei.

Scopul consilierii sociale realizată de asistentul social este înţelegerea de către tinerele mame a situaţiilor de viaţă, a transformărilor care au avut loc, a problemelor de natură materială sau culturală, cu care se confruntă, a propriului stil de viaţă, sau al stilului de viaţă al familiei de provenienţă. În funcţie de problemele şi nevoile personale cuplurile mamă-copil sunt incluse într-un progam de reabilitare a legăturilor familiale, program ce vizează ameliorarea sau clarificarea relaţiilor conflictuale cu membrii familiei lărgite sau de origine a copilului, scopul final fiind reintegrarea acestuia. Cu sprijinul psihologilor sau al lucrătorilor sociali comunitari, sunt consiliate acele persoane, membre ale comunităţii sau familii lărgite, care au prezentat şi- sau prezintă importanţă în istoria vieţii afective a cuplului mamă-copil şi care pot lua parte la procesul de constituire a reţelei de suport a cuplului. După identificarea acelor persoane din partea cărora obţinem un feed-back pozitiv, eforturile echipei se concentrează spre crearea şi consolidarea unei relaţii armonioase mamă-copil. Consolidarea relaţiilor familiale sunt susţinute prin organizarea în centru a unor discuţii şi şedinţe de consiliere cu rezidentele şi rudele acestora.

3.3.4. Rezultatele serviciului

Centrul maternal, prin sprijinul acordat tinerelor mame le permite acestora să depăşească situaţia de criză, să-şi asume în bune condiţii rolul de mamă şi să se poată reintegra în viaţa familială, profesională, comunitară şi prin aceasta să contribuie la o cât mai bună sănătate fizică şi psihică a copilului, prevenind apariţia tulburărilor precoce de dezvoltare. De asemenea prin înfiinţarea Centrului Maternal se creează condiţiile necesare pentru susţinerea gravidelor şi a mamelor cu copii mici provenite din categorii sociale defavorizate. Cu sprijinul lucrătorilor sociali se realizează monitorizarea post-servicii pentru cuplurile mamă-copil. La nivelul întregii comunităţi apreciem crearea unui impact puternic conferit de dezvoltarea unui serviciu disponibil şi flexibil capabil să răspundă unei categorii vulnerabile a populaţiei. Primele săptămâni de viaţă ale mamei cu copilul se constituie într-o perioadă dificilă pentru oricine din cauza epuizării naşterii şi a nevoilor nou-născutului la care trebuie să răspundă. În Centrul maternal, tânăra mamă îşi simte nevoile satisfăcute (de exemplu adăpost, hrană, linişte, securitate pentru ea şi sugar), acum este momentul pentru a se gândi cum îşi va construi viitorul şi ce rol va atribui acestui copil în viaţa ei. Particularitatea acestui tip de serviciu faţă de alte tipuri de protecţie socială vine din faptul că-şi propune să ofere un suport comun mamei şi copilului său. Pornind de la nevoile personale şi ţinând seama de resursele şi dificultăţile mamei şi ale copilului, activitatea în Centrul maternal se adresează în mod specific relaţiei mamă-copil, într-o perioadă din existenţa copilului a cărei amprentă se regăseşte în întreaga lui evoluţie ulterioară.

Bibliografie

1. ABRAHAM, D. (1991). *Introducere în sociologia urbană.* Bucureşti: Ed. Ştiinţifică.
2. ACHERMAN, N. V. (1970). *Family Process.* New York: Basic Books.
3. ADAMS, A. (1986). *Today's marriages and families.* California: Belmont.
4. ADAMS, B. (1980). *The Family: A Sociological Interpretation.* Chicago: Rand McNally.
5. ADLER, A. (1996). *Cunoaşterea omului.* Bucureşti: Ed. Iri.
6. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS and GYNECOLOGISTS. (1999). ACOG Education Pamphlet AP091. *Postpartum Depression.* Wahington, DC
7. ARIES, P. (1992). *L'Evolution des roles parentaux* în *Famille d'aujourd'hui.* Bruxelles: Editions de l'Institut de Sociologie.
8. ARIES, P., DUBY, G. (1994). *Istoria vieţii private.* Bucureşti: Ed. Meridiane.
9. BALZAC, H. (1993). *Codul căsniciei.* Timişoara: Ed. Helicon.
10. BANCROFT, J. (1983). *Human Sexuality and its problems.* Edinburgh: Churchill Livingstone.
11. BĂDESCU, I. (1994). *Istoria Sociologiei.* Bucureşti: Ed. Porto-Franco.
12. BEARDSLEE, W., R. (1993). *Preventive Intervention with the Children of Depressed Parents. A Case Study. Psuchoanalytic Study of the Child*
13. BEAUVOIR, S. (1998). *Al doilea sex.* Bucureşti: Ed. Univers.
14. BECKER, S. G. (1994). *Comportamentul uman - o abordare economică.* Bucureşti: Ed. All.
15. BEJIN, A. (1988). *Căsătoria extraconjugală astăzi.* Oradea: Ed. Antet.
16. BELL, J. E. (1975). *Family Group Therapy.* New York: Jason Aronson.
17. BERNDT, TH. J. (1997). *Child development.* Brown and Benchmark.
18. BOUDON, R., BESNARD, P., CHERKAOUI, M., LECUYER, B. P. (1983). *Dicţionar de sociologie.* Bucureşti: Ed. Univers Enciclopedic.
19. BOWEN, M. (1978). *Family Therapy in clinical practice.* New York: Jason Aronson.
20. BRUCKNER, P., FINKIELKRAUT A. (1996). *Noua dezordine sexuală.* Bucureşti: Ed. IRI.
21. BULLOUGH, B. & BULLOUGH,V. (1990). *Community health across the age cycle.* St. Loius: C.V. Mosby.
22. BURR R., DAY. R. D., BAHR K. S. (1989). *Family Science.* Utah: Publ. Alexander' S.
23. BYDLOWSKI, M. (1996). *Psihanaliza maternităţii.* Iaşi: Ed. Trei.
24. CÂRŢÂNĂ, C., TONE T. (1994). *Tendinţe în evoluţia familiei în România.* în revista *Sociologie Românească.* nr. 5/1994. Bucureşti: Ed. Academiei Române.
25. CHELCEA, S., CHELCEA, A. (1983). *Eu. Tu. Noi. Viaţa psihică – ipoteze. certitudini.* Bucureşti: Ed. Albatros.
26. CHELCEA, S. (1986). *Cunoaşterea de sine-condiţie a înţelepciunii.* Bucureşti: Ed. Albatros.
27. CHELCEA, S. (1990). *Din universul autocunoaşterii.* Bucureşti: Ed. Militară.
28. CHELCEA, S., MĂRGINEAN, I., CAUC. I. (1998). *Cercetarea sociologică: metode şi tehnici.* Bucureşti: Ed. Destin
29. CIOBANU, M., GH. (2000). *Sănătatea optimă – Ciclul vieţii. Mama şi pruncul.* Constanţa: Editura Ex Ponto.

30. CIOLDI, F., DOISE, W. (1997). *Identitate socială şi identitate personală* în *Stereotipuri. discriminare şi relaţii intergrupuri*. Iaşi: Ed. Polirom.
31. COLEMAN, J. C. (1988). *Intimate Relationships. Marriage and Family.* New York: MacMillan Publishing Company.
32. CONNELL, C., MERVIL, K. (1989). *Les femmes qu'ils quittent.* Paris: Ed. Robert Laffonte.
33. COX J. L., HOLDEN J. M., SAGAVOVSKY R. (1987). *Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale.* British Journal of Psychiatry
34. CUBER, F. J. (1971). *Five Type of Marriage.* în *Family in Transition.* Berkeley: University of California.
35. DAFINOIU, I. (1996). *Sugestie şi hipnoză.* Bucureşti: Ed. Ştiinţă şi Tehnică.
36. DAFINOIU, I. (2000). *Elemente de psihoterapie integrativă.* Iaşi: Ed. Polirom.
37. DAFINOIU, I. (2000). *Personalitatea. Metode de abordare clinică. Observaţia şi interviul.* Editura Polirom: Iaşi.
38. DAFINOIU, I. (2002). *Hipnoza clinică.* Iaşi: Ed. Erota.
39. DIMITRIU, C. (1973). *Constelaţia familială şi deformările ei.* Bucureşti: Ed. Didactică şi Pedagogică.
40. DOBSON, J. (1994). *Armonia în familie.* Timişoara: Ed. Noua Speranţă.
41. DUCICI, I. (1994). *Fericire. Iubire. Femeie.* Bucureşti: Ed. Niculescu.
42. DUCK, S. (2000). *Relaţiile interpersonale.* Iaşi: Ed. Polirom.
43. DUVALL, E., M. & MILLER, B. (1984). *Marriage and Family Development.* Philadephia: J. B. Lippincott.
44. EAGLY, A. H. (1987). *Sex Differences in Social Behaviour: A Social-Role Interpretation.* New-Jersey: Erlbaum.
45. EIGER, A. (1984). *La therapie psychanalithique du couple.* Paris: Ed. Dunod.
46. ENACHE, R. (2003). *O perspectivă psihologică asupra maternităţii.* Bucureşti: Ed SPER.
47. ENACHE, R. (2005). *Psihologia experienţei naşterii sau Cum va rodi Pomul vieţii* în Revista de Psihoterapie Experienţială. nr. 30/2005. Bucureşti: Ed. SPER
48. ENACHE, R. (2005). *Teama de naştere-teama de moarte. Perspective psihanalitice.* în Revista de Psihoterapie Experienţială. nr. 32/2005. Bucureşti, Ed. SPER.
49. ENACHE, R. (2003). *O perspectivă psihologică asupra maternităţii.* în Revista de Psihoterapie Experienţială. nr. 28/2003. Bucureşti, Ed. SPER.
50. ENĂCHESCU, C. (1996). *Tratat de igienă mentală.* Bucureşti: Ed. Didactică şi Pedagogică.
51. EVOLA, J. (1994). *Metafizica sexului.* Ed.Humanitas. Bucureşti.:
52. EYSENCK, H., EYSENCK, M. (1998). *Descifrarea comportamentului uman.* Bucureşti: Ed. Teora.
53. FERBER, A., MENDELSOHN, M., NAPIER, A. (1973). *The Book of Family Therapy.* Boston: Houghton Mifflin.
54. FERREOL, G. (1998). Dicţionar de sociologie.. Bucureşti: Ed. Ştiinţifică şi Tehnică.
55. FERREOL, G. (1994). *Se poate vorbi de o criză a familiei?* în revista *Sociologie Românească.* nr. 5/1994.
56. FOUCAULT, M. (1995). *Istoria sexualităţii.* Timişoara: Editura de Vest.
57. FROMM, E. (1995). *Arta de a iubi.* Bucureşti: Ed. Anima.
58. FROMM, E. (1998). *The Fear of Freedom..* Bucureşti: Ed. Teora.
59. GASSET, O. (Y). (1995). *Studii despre iubire.* Bucureşti: Ed. Humanitas.
60. GHEBREA, G., TESSIER, R. (1994). *Cuplu şi familia românească: menţinerea precară a familiei tradiţionale* în revista *Sociologie Românească.* nr. 5/1994.
61. GIDDENS, A. (1999). *Transformarea intimităţii.* Bucureşti: Editura Antet.
62. GOLU, P. (2000). *Fundamentele psihologiei sociale.* Constanţa: Ed. ExPonto.
63. GORELL, B., G. (1998). *Family Therapy in Changing Times.* McMillan Press. LTD.

64. GORER, G. (1971). *Sex and Marriage* in *England Today*. London: Nelson.
65. GREENBERG, L. S., JOHNSON, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples.* New York: Guidford.
66. GRUNBERG, L. MIROIU, M. (1997). *Gen şi societate.* Bucureşti: Ed Alternative
67. HALEY, J. (1997). *Changer les couples.* Paris: ESF Editeur.
68. HALEY, J. (1990). *Strategies of Psychotherapy.* Rockville: The Triangle Press.
69. HARDYMENT, C. (2000). *Viitorul familiei.* Bucureşti: Ed. Ştiinţifică.
70. HENEGHAN A., M., SILVER E., J., BAUMAN L. J., et al. (2000). *Do Pediatrics Recognize Mothers with Depressive Symptoms?,* Pediatrics
71. HITE, S. (1988). *The Hite Report: Women and Love.* London: Penguin.
72. HOLDEVICI, I. (2000). *Ameliorarea performanţelor individuale prin tehnici de psihoterapie.* Bucureşti: Ed. Orizonturi.
73. HOLDEVICI, I. (1995). *Autosugestie şi relaxare.* Bucureşti: Ed. Ceres.
74. HOLDEVICI, I. (1997). *Elemente de psihoterapie.*Bucureşti: Ed. All.
75. HOLDEVICI, I. (1999). *Gândirea pozitivă-Ghid practic de psihoterapie raţional-emotivă şi cognitiv comportamentală.* Bucureşti: Ed. Ştiinţă şi Tehnică.
76. HOLDEVICI, I. (2001). *Hipnoză clinică.* Bucureşti: Ed. Ceres.
77. HOLDEVICI, I., ION, A., ION, B. (1997). *Psihoterapii moderne. Noua hipnoză eriksoniană.* Bucureşti: Ed. INI.
78. HOLDEVICI, I. (2000). *Psihoterapia tulburărilor anxioase.* Bucureşti: Ed. Ceres.
79. HOLDEVICI, I. (1993). *Psihoterapia -un tratament fără medicamente.* Bucureşti: Ed. Ceres.
80. HOLDEVICI, I. (2000). *Psihoterapii scurte.* Bucureşti: Ed. Ceres..
81. HOLDEVICI, I. (1995). *Sugestiologie şi psihopterapie sugestivă.* Bucureşti: Editura Victor.
82. HOLDEVICI, I., VASILESCU, I. P. (1991). *Hipnoza şi forţele nelimitate ale psihismului uman.* Bucureşti: Ed. Aldomars.
83. HUBER, W. (1998). *Psihoterapiile.Terapia potrivită fiecărui pacient.* Bucureşti: Ed. Ştiinţă şi Tehnică.
84. ILUŢ, P. (1995). *Familia-cunoaştere şi asistenţă.* Cluj- Napoca: Ed. Argonaut.
85. ILUŢ, P. (2000). *Iluzia localismului sau localizarea iluziei.* Iaşi: Ed. Polirom.
86. INWOOD D. G., (1985). *Recent Advances in Postpartum Psychiatric Disorders.* Washington DC. American Psychiatric Press
87. JACKSON S., SCOTT, S. (1996). *Feminism and Sexuality,* Edinburgh: Edinburgh University Press.
88. JUNG, C. G. (1996). *Psihologie şi alchimie.* Bucureşti:Ed. Teora.
89. JUNG, C. G. (1994). *Căsătoria ca relaţie psihologică.* în volumul *Puterea Sufletului.* Bucureşti: Ed. Anima.
90. KAUFMANN, J. C. (1998). *Corpuri de femei. Priviri de bărbaţi.* Bucureşti: Ed. Nemira.
91. KELLERHALS, J. (1987). *Les types d'interaction dans la famille,* în *L'Anee sociologique.* nr. 37/1987
92. KELLY, L. (1996). *It's everywhere: Sexual violence as a continuum.* în Jackson S.. Scott S (coord.). *Feminism and Sexuality.* Edinburgh: Edinburgh University Press.
93. KINSEY, A. S., POMERY, W. B., MARTIN, C. F. (1953). *Sexual behaviour in the human female.* Philadelphia: Saunders.
94. KLIGMAN, G. (1998). *Nunta mortului.* Iaşi: Ed.Polirom.
95. KUNKEL, F. (1947). *Caracterul. dragostea. căsnicia.* Bucureşti: Ed. de Stat.
96. LARIONESCU, M. (1994). *Familia: primatul ordinei morale.* în *Sociologie Românească.* nr. 5/1994. Bucureşti: Ed. Academiei.
97. LIPOVETSKY, G. (2000). *A treia femeie.*Bucureşti: Ed. Univers
98. LISSARRAQUE, F. (1991). *Femmes au figure.* în *Histoire des femmes.* Paris: Plon
99. MACNAB, F. (1997). *Dorinţa sexuală.* Bucureşti: Ed. IRI.

100. MAMALI, C. (1981). *Balanța motivațională și coevoluția.* București: Ed. Științifică și Enciclopedică.
101. MASTERS, W., JOHNSON V. (1994). *Human Sexuality. 4th ed.* Harper Collins Publishers.
102. McDANIEL, S., DOHERTY W., HEPWORTH J., MIHĂESCU V. (1996). *Psihoterapia ca sistem.* Iași: Editura Polirom.
103. McGOLDRICK., M., GERSON, R. (1990). *Genogrammes et entretien familial.* Paris: ESF.
104. MELTZOFF, A., N. & MOORE, M. K. (1989). *Developmental Psychology.* New York.
105. MERTIN L., REEDER, J. S. (1991). *Essentials of Maternity Nursing- Family Centered Care.* New York: J. B. Lippincott Company.
106. MIHĂILESCU, I. (1995). *Politici sociale în domeniul populației și familiei.* în *Politici sociale. România în context European.* București: Ed. Alternative.
107. MIHĂILESCU, I. (1993). *Familie.* în *Dicționar de sociologie* (coord. Zanfir, C., Vlăsceanu, L.). București: Ed. Babel.
108. MINUCHIN, S. (1974). *Families and Family Therapy.* Cambridge Mass: Harvard Univ. Press.
109. Mircea, T. (1994). *Familia de la fantasmă la nebunie.*Timișoara: Ed. Marineasa
110. MIROIU, M. (1996). *Despre natură. femei și morală.* București: Ed. Alternative
111. MIROIU, M. (1996)*Sexism.* în *Gen și societate* (coord. Grunberg, L., Miroiu, M.). București:Ed. Alternative.
112. MITROFAN, I. (1989). *Cuplul conjugal- Armonie și dizarmonie.* București:Editura Științifică și Enciclopedică.
113. MITROFAN, I. (1995). *Calitatea vieții familiale. Estimări. predicții și soluții.* în *Calitatea Vieții.* nr.1/2. București: Ed. Academiei Române.
114. MITROFAN, I. (coord). (1997). *Psihoterapia experiențială. O paradigmă a autorestructurării și dezvoltării personale.* București: Editura Infomedica.
115. MITROFAN, I. (1996). *Violența familială între disimulare. deconspirare și impact psihopatogen.* Consfătuirea Interdisciplinară a Asociației Medicale Române. Sibiu. septembrie.
116. MITROFAN, I., CIUPERCĂ, C. (1997). *Psihologia relațiilor dintre sexe- Mutații și alternative.* București:Editura Alternative.
117. MITROFAN, I., CIUPERCĂ, C. (1998). *Incursiune în psihosociologia și psihosexologia familiei.* București:Edit. Press Mihaela.
118. MITROFAN, I., GHEORGHIU, M. (1995). *Rezistențe și capacități compensatorii ale familiei.* în Revista de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă. vol. 1–2/1995. București
119. MITROFAN, I., MITROFAN, N. (1991). *Familia de la A la Z.* București: Ed. Științifică
120. MITROFAN, I., MITROFAN, N. (1994). *Elemente de psihologie a cuplului.* București: Ed. Șansa.
121. MITROFAN, I., MITROFAN, N. (1994). *Familia românească în perioada de tranziție.* în *Revista de Psihologie.* București: Ed. Științifică și Tehnică.
122. MITROFAN, I., MITROFAN, N. (1991). *De la identitatea sexuală la relațiile inițiatice sau reîntoarcerea la izvoarele cuplului. Ce știu și ce nu știu părinții.* în revista *Alternative.* nr. 7–8/1991. București
123. MITROFAN, I., MITROFAN, N. (1992). *Dialogul familial.* în vol.*Cabinet de psihologie.* București: Ed. Academiei.
124. MITROFAN, I., MITROFAN, N. (1989). *Disfuncții globale și specifice în adoptarea și exercitarea rolului conjugal.* în *Revista de Psihologie* nr.2/1989 și 4/1989. București
125. MITROFAN, I., MITROFAN, N. (1990). *Educația sexuală sau sexual afectivă?* în Revista de Pedagogie. nr. 6/1990. București
126. MITROFAN, I., MITROFAN, N. (1991). *Familia bolnavului psihic-patologie individuală sau interpersonală?* în *Revista de Psihologie.* nr. 3–4/1991

127. MITROFAN, I., MITROFAN, N. *Familia cu un singur părinte-o nouă formă de familie.* în revista *Alternative.* nr. 1-2/1992:Bucureşti
128. MITROFAN, I., MITROFAN, N. (1991). *Familia de la A la Z.* Bucureşti: Ed. Ştiinţifică.
129. MITROFAN, I., MITROFAN, N. (1987). *Interacţiuni disfuncţionale maritale cu risc comportamental patologic.* în vol. *Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu risc comportamental patologic.* Iaşi
130. MITROFAN, I., MITROFAN, N. (1988) *Pentru o căsnicie armonioasă.* în vol. *Psihologia şi viaţa cotidiană.* Bucureşti: Ed. Academiei.
131. MITROFAN, I. (2004). *Terapia unificării.* Bucureşti: Ed. Sper.
132. MITROFAN, N. (1984). *Dragostea şi căsătoria.* Bucureşti: Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică.
133. MITROFAN, I., VASILE. D., (2001). *Terapii de familie..* Bucureşti: Ed. Sper
134. MUNTEANU, A. (2004). *Psihologia vârstelor adulte şi ale senectuţii.* Timişoara: Ed. Eurobit.
135. MURSTEIN, B., CASE, D., FRENN, S. P. (1985).*Personality Corrlates of Ex-Swingers.* in *Lifestile: A Journal of Changing Patterns. Fall.*
136. NICHOLS, M. P., SCHWARTZ, R. C. (1991). *Family Therapy. Concepts and Methods.* Boston.
137. NICOLAESCU, M. (coord.). (1996). *Cine suntem noi? Despre identitatea femeilor din România modernă.* Bucureşti: Ed. Anima.
138. NIEL, M. (1974). *Drama eliberării femeii.* Bucureşti: Ed. Politică.
139. NODDINGS, N., C. (1984). *A feminine Approach to Ethics and Moral Education.* Berkeley: California. University of California Press.
140. NOIZIK, R. (1997). *Anarhie. Stat şi utopie.* Bucureşti: Ed. Humanitas.
141. PANĂ S., DĂRĂU D., PANĂ S. jr. (1998). *Sexualitatea umană.* Bucureşti: Ed.Univers.
142. PAPALIA D. E., OLDS WENDKOS S., FELDMAN R. D. (1999). *A Child's World- Infancy Through Adolescence.* Mc. Graw. Hill.
143. PARKINSON, L. (1993). *Separarea. divorţul şi familia.* Bucureşti: Ed. Alternative.
144. PASCAL, M. N. (2001). *Arta de a fi mereu împreună.* Bucureşti: Ed. Axel Springer.
145. PILLITTERI, A. (1992). *Maternal and Child Health Nursing. Care of the Childbearing and Childrearing Family.* New York:J.B.Lippincott Company.
146. POCS, O. (1989). *Our intimate relationships marriage and the family.* New York: Harper and Row Publ.
147. PRISĂCARU, C., POSTELNICU, M., BOTEA, V. (1998). *Principalii factori de risc în evoluţia mortalităţii infantile.* în *Revista Română de Statistică.* nr. 12/1998. Bucureşti
148. RĂDULESCU, S. (1997). *Sociologia şi istoria comportamentului sexual deviant.* Bucureşti: Ed. Nemira.
149. RĂDULESCU, S. (1995). *Violenţa familială şi maltratarea copilului.* în revista *Sociologie Românească.* nr.5-6/1995.
150. RICH, A. (1976). *Of woman Born. Motherhood as Experience and Institution.* New York: Norton.
151. ROUSSEL, L. (1989). *La famille incertaine.* Paris: Ed. Odile Iacob.
152. RUDDICK, S. (1984). *Maternal Thinking.* in *Mothering: Essays in Feminist Theory.* New York.
153. SANDU, D. (1996). *Sociologia tranziţiei.* Bucureşti: Ed. Staff.
154. SATIR, V. (1995). *Therapie du couple et de la famille.* Desclee de Brouwer:
155. SCHNABL, D. (1993). *Bărbatul şi femeia.* Chişinău: Ed. Universitatea
156. SCHULZ, D. A., RODGERS, S., F. (1985). *Marriage and Family* (3rd ed.). New York: Prentice-Hall
157. SEGALEN, M. (1996). *Sociologie de la famille.* Paris: Armand Collin.

158. SHORTER, E. (1981). *Naissance de la famille moderne*. Paris: Editions du Seuil.
159. SILLAMY, N. (1996). *Dicţionar de psihologie.* Bucureşti: Ed. Univers Enciclopedic.
160. SIMONS, A. J., KALICHMAN S., SANTROCK W. J. (1994). *Human Adjustment*. U.S.A: Brown & Benchmark Publishers.
161. SLĂMNESCU, R., (1994). *Cupluri fără copii.* în revista Educaţie nr.2/1994, Bucureşti.
162. SMIRNOV, I., MĂGESCU, G. (1989). *Stilul de viaţă şi familia.* în *Stiluri de viaţă* (coord. Zamfir, C., Rebedeu, I.). Bucureşti: Ed. Academiei.
163. STANWAY, P.,TAUBMAN. B. (1994). *New Guide to Pregnancy and Child Care*. New York.
164. STĂNCIULESCU, E. (1997). *Sociologia educaţiei familiale.* vol.I. Iaşi:Ed. Polirom.
165. STĂNCIULESCU, E. (1998). *Sociologia educaţiei familiale.* vol.II. Iaşi: Ed. Polirom.
166. STĂNOIU, A., VOINEA, M. (1983). *Sociologia familiei.* Bucureşti.: U.T.B.
167. STEKEL, W. (1995). *Recomandări psihanalitice pentru mame.* Bucureşti: Ed. Trei.
168. STOICA, T. (1993). *Sexologie şi educaţie sexuală.*. Bucureşti: Ed. "R"
169. ŞCHIOPU, U., VERZA, E. (1981). *Psihologia vârstelor*. Bucureşti: Ed. Didactică şi Pedagogică.
170. ŞTEFĂNESCU, D., *Educaţia pentru egalitate prin diferenţă.* (1997) în Grunberg, L., Miroiu M., (coord.). *Gen şi educaţie* Bucureşti: Ed. Ana.
171. TIETZE, C. *Fertility Control.* 1968 în Sills, D., *International Encyclopedia of the Social Sciences* , New York: Hardcover Publisher: The MacMillan Company.
172. TORDJMAN, G. (1973). *La maladie conjugale*. Paris.
173. TREBICI, V. (1991). *Genocid şi demografie.* Bucureşti: Ed. Humanitas.
174. TREBICI, V. (1996). *Demografie*. Ed. Enciclopedică. Bucureşti.:
175. UNGUREANU, M. (1994). *Sex şi sexualitate.* Bucureşti:Ed. Viaţa Românească.
176. VOINEA M. (1994). *Restructurarea familiei: modele alternative de viaţă.* în *Sociologie Românească.* nr. 5/1994. Bucureşti: Ed. Academiei.
177. VOINEA, M. (1996). *Aspecte psihosociale ale modelelor familiale ale tranziţiei în România: accelerarea tranziţiei.* Bucureşti: Ed. I.N.I.
178. VOINEA, M. (1994). *Restructurarea familiei: modele alternative de viaţă.* în *Sociologie Românească.* nr. 5/1994 Bucureşti: Ed. Academiei.
179. VOINEA, M. (1993). *Psihosociologia familiei.* Bucureşti: T.U.B.
180. WALSH. W., McGROW, J. (1996). *Essentials of family Therapy*. New-York: Love Publishing Company.
181. ZAMFIR, C., ZAMFIR, E. (1997). *Pentru o societate centrată pe copil* -Raport realizat de Institutul de Cercetare a Calităţii vieţii. Bucureşti.
182. ZAMFIR, E. (1989). *Relaţiile interpersonale şi stilurile de viaţă.* în *Stiluri de viaţă.* Bucureşti:Ed. Academiei.
183. ZAMFIR, E. (1998). *Situaţia copilului şi a familiei în România.* Bucureşti: Ed. Alternative.
184. ZLATE, M. (coord). (1997). *Psihologia vieţii cotidiene.* Iaşi: Ed. Polirom.
185. ZLĂTESCU, D. V. (1992). *Politica familială şi dreptul la planificarea familiei.* Bucureşti: Institutul Român pentru Drepturile Omului.

Studiul 2

Abordare experienţială diagnostică şi terapeutică centrată pe conceptul de Sine la adolescenţi

coordonator:
prof. univ. dr. IOLANDA MITROFAN

autor:
lector univ. dr. ELENA OTILIA VLADISLAV

Introducere

Adolescenţa este un moment important în formarea Eului, o etapă de completă şi profundă reorganizare a conceptului de Sine. Toţi adolescenţii trec prin frământări interioare, dar nu toţi trăiesc crize de identitate. Cei ce posedă o mai bună cunoaştere de sine sunt mai feriţi în a experimenta stări de anxietate, depresie şi sunt mai puţin vulnerabili în faţa influenţelor negative ce vin din exterior.

În practica mea psihoterapeutică cu adolescenţii, am observat că modul în care ei se percep pe ei înşişi este nucleul tulburării psihice de care suferă. De aceea, consider că un demers centrat pe schimbarea conceptului de Sine are o putere foarte mare în schimbarea reacţiilor şi comportamentului lor.

Aceste observaţii empirice m-au condus la nevoia de a cerceta modul cum se dezvoltă conceptul de Sine la adolescenţii cu patologie psihică comparativ cu cei normali, pentru a cunoaşte aspectele pe care ar trebui să se concentreze un demers de consiliere sau de psihoterapie eficient.

Rezultatul demersului meu de cunoaştere s-a concretizat în lucrarea prezentă, structurată în trei părţi.

În prima parte am trecut în revistă o serie largă de teorii şi cercetări axate pe concepul de Sine şi evoluţia sa normală, precum şi perturbările şi disfuncţiile care pot apărea. Am putut observa că aceste studii sunt de mare actualitate atât în rândul personologilor, cât şi al specialiştilor interesaţi de psihopatologie şi psihoterapie.

În partea a doua a lucrării, prezint adaptarea unui instrument de evaluare a conceptului de Sine numit Geneza Percepţiilor de Sine (G.P.S.), al profesorului canadian Rene L'Ecuyer. Acesta a fost instrumentul de bază folosit în cercetarea realizată în două etape. În prima etapă am determinat profilele dezvoltării conceptului de Sine la adolescenţii liceeni din Bucureşti. Am plecat de la premisa că structurarea acestor tipuri de profile contribuie la o mai bună cunoaştere a perioadei adolescenţei şi poate avea utilitate pentru practica de consiliere. În a doua etapă am determinat specificul modificării profilului conceptului de Sine la adolescenţii cu disfuncţii psihice.

În partea a treia sunt prezentate rezultatele construirii, aplicării şi validării unui modul de optimizare şi stimulare a conceptului de Sine la adolescenţi, bazat pe principiile teoretice şi metodologia Psihoterapiei Experienţiale a Unificării.

PARTEA I:
REPERE TEORETICE

CAPITOLUL 1:
Conceptul de Sine

1.1. Definiţii

Constructul psihologic de concept de Sine a fost definit în variate moduri de când el a început să fie foarte studiat, cu câteva decenii în urmă.

În acord cu S. Harter (1990), conceptul de Sine se referă în mod tipic la percepţiile individuale privind propria persoană, la un ansamblu de caracteristici (gusturi, interese, calităţi, defecte etc.), de trăsături personale (incluzând şi caracteristicile corporale), roluri şi valori pe care persoana şi le atribuie, evaluate fie pozitiv, fie negativ şi recunoscute ca făcând parte din ea însăşi, în ciuda schimbărilor ce apar în timp. Aceste percepţii pot include modul cum cineva îşi evaluează diferite aspecte ale abilităţilor sale de a performa în diferite sarcini, precum şi modul cum se simte pe ea însăşi în general. Acest ultim aspect al conceptului de Sine se referă la stima de sine şi denotă o evaluare globală privind referirile pozitive sau negative cu privire la propria persoană.

În trecerea sa în revistă asupra modelelor conceptului de Sine, Harter (1990) notează evoluţia viziunilor asupra acestui construct. Modelele asupra conceptului de Sine articulate în anii 1960 au fost în mod tipic unidimensionale. Conceptul de Sine era gândit ca un construct unitar care putea fi evaluat prin prezentarea persoanei a unor serii de itemi care să atingă conceptul de Sine de-a lungul unei serii de contexte. Aceste răspunsuri erau apoi însumate într-un singur scor ce se presupunea că reflectă în mod adecvat, în întregime, simţul ei de Sine.

Din anii 1980 cercetări mult mai sofisticate ce au studiat conceptul de Sine de-a lungul copilăriei şi tinereţii au abandonat acest model unidimensional. A fost înlocuit cu un model multidimensional care a fost propus iniţial de Shavelson, Hubner şi Stanton (1976) şi care a suportat adăugiri prin munca de cercetare a lui Harter, Marsh şi a colegilor lor (Harter, 1885, 1986; Marsh, 1987; Marsh, Barnes, Cains şi Tidman, 1984).

În acest model, conceptul de Sine nu este un construct unitar, ci este cel mai bine văzut de-a lungul unor domenii variate. Astfel, putem avea mai multe domenii ale conceptului de Sine, cum ar fi: conceptul de Sine privind aparenţa fizică, acceptanţa parentală, competenţa în diferite arii academice etc. Promotorii viziunii multidimensionale propun ca în evaluarea conceptului de Sine să se folosească instrumente care să măsoare fiecare domeniu în parte (March şi Hattie, 1996). Dar conceptul de Sine global nu este o simplă sumă a tuturor itemilor conceptului de Sine. Mai degrabă, este un domeniu separat care integrează modul cum cineva se simte pe el insuşi în general. De exemplu, declaraţii cum ar fi: „Îmi place cum sunt", „Mă simt bine cu cine sunt eu", „Mă

plac pe mine", vor atinge noţiunea de concept de Sine global sau stimă de sine generală. O persoană ar putea să aibă, în mod potenţial, un concept de Sine global înalt şi, de asemenea, să aibă un scăzut concept de Sine în interiorul anumitor domenii, cum ar fi de exemplu abilitatea atletică. Prin urmare, conceptul de Sine global ar putea să coreleze modest cu domenii specifice ale conceptului de Sine şi în acelaşi timp persoana să aibă viziuni opuse în ceea ce o priveşte pe ea însăşi în general şi despre adecvarea ei în interiorul unor domenii circumscrise din viaţă.

Mai multe teorii au încercat să definească relaţia dintre conceptul de Sine global şi domeniile specifice (Harter, 1999; March şi Hattie, 1996). Tendinţa evidentă sugerează că percepţiile de sine sunt mult mai complexe şi constau în percepţii variate a mai multor dimensiuni. Se pare că, alături de natura sa multidisciplinară, conceptul de Sine are şi o natură ierarhică, cu un concept de Sine general în vârf şi diferite domenii sau subcategorii ale domeniilor, gravitând în jur (Harter şi March, 1989; March şi Hattie, Hubner şi Stanton, 1976). În plus, cercetările sugerează că unele domenii sunt mai mult predictive pentru valoarea de Sine globală ca altele (Harter). Cercetătorii au descoperit că cea mai mare parte a domeniilor conceptului de Sine se întăresc cu vârsta.

Făcând la rândul său o sinteză a literaturii de specialitate de până în anii 1990, Rene L'Ecuyer (1993) surprinde zece caracteristici sau proprietăţi ale conceptului de Sine, după cum urmează:

1. Aspectul experienţial, fenomenologic (W. James, 1890 şi C. Rogers, 1951)

În acest sens, conceptul de Sine este constituit din percepţiile înalt individualizate şi puternic simţite şi trăite de persoană ca fiind ale sale; este vorba aici de componenta emoţională sau afectivă ce le domină pe celelalte.

William James este considerat un clasic în domeniul conceptului de Sine. În lucrarea sa „Principiile Psihologiei" (1890), a definit Eul ca: „Suma totală a ceea ce persoana poate defini ca al său, nu numai corpul şi capacităţile sale fizice, dar şi hainele sale, casa sa, soţul şi copiii săi, strămoşii şi prietenii săi, reputaţia şi slujba sa, pământurile, caii, iahtul său şi contul său din bancă." Deci, Eul constă din tot ceea ce poate fi al meu sau făcând parte din mine.

James a identificat marile componente sau regiuni ale conceptului de Sine, pe care le numea „constituienţi ai Eului":

1. *Eul material*, se referă la corpul persoanei şi la ansamblul de posesiuni (materiale şi persoane) pe care persoana le consideră ale sale.

2. *Eul social*, se referă la faptul că persoana îşi simte apartenenţa la mediul său social, constituit din persoane semnificative pentru el. Această dimensiune se referă la tipul de reputaţie, bună sau rea, pe care persoana o are în grupul său şi la impresia de recunoaştere pe care i-o acordă cei apropiaţi.

3. *Eul spiritual*, cuprinde disponibilităţile, capacităţile fizice şi intelectuale, interesele, tendinţele, aspiraţiile etc. pe care persoana le recunoaşte ca făcând parte din ea însăşi, din dorinţele şi emoţiile ei profunde.

4. *„Pur ego"* este o dimensiune greu de definit, care se referă la ceea ce numim astăzi simţul de identitate sau de continuitate între diferite aspecte ale Eului.

Autorul vorbeşte deja despre caracterul multidimensional al conceptului de Sine şi propune ideea unei organizări ierarhice a diferitelor elemente ale conceptului de Sine

între ele. Astfel, Eul spiritual constituie aspectul cel mai central al Eului, Eul material este la bază (corpul fiind partea principală) și o gamă întinsă de diferite aspecte ale Eului extracorporal și Eul social se situează la grade diferite între Eul material și Eul spiritual. James recurge la o explorare dinamică a conceptului de Sine: căutarea simțului identității, continuitatea și consistența în timp și între diferite aspecte ale Eului și adaugă un studiu asupra „mutațiilor" sau modificărilor de Sine, deschizând calea cercetărilor asupra dezvoltării normale și patologice asupra conceptului de Sine.

Mai târziu, scrierile lui Carl Rogers au declanșat un val de cercetări în domeniul trăirii experiențiale, în general, și al conceptului de Sine, în particular. După Rogers, conceptul de Sine constă „într-o configurație organizată de percepții [...] admisibile la conștiință [...] (și) [...] și este compus din elemente cum sunt percepțiile despre propriile caracteristici și abilități; percepțiile și concepțiile de Sine în relație cu alții și cu mediul; valorile și calitățile percepute și asociate la experiențe și lucruri; țelurile și idealurile percepute ca având o valoare pozitivă sau negativă." (în „Terapia centrată pe client", 1951, p. 50).

El s-a concentrat pe modul de a utiliza această experiență de Sine în procesul de restructurare al personalității în cursul psihoterapiei.

2. *Aspectul social*, conform căruia percepțiile pe care persoana le are despre ea însăși sunt influențate de modul în care ceilalți o percep. După unii autori, această influență domină aproape în totalitate conținutul percepției de sine, astfel încât percepțiile cu adevărat personale despre sine sunt aproape inexistente (Mead, 1934; Wallon, 1934, 1959; Gordon, 1968; Ziller, 1973).

Mead și Wallon au pus în evidență și au explorat rolul comunicării interpersonale, reacția persoanelor semnificative și învățarea rolurilor (în special prin joc liber, apoi structurat) în procesele de construcție ale conceptului de Sine.

C. Gordon (în „Configurațiile Eului", 1968) descrie Eul ca fiind un sistem organizat dintr-o multitudine de elemente (percepții sau concepții), în constantă interacțiune unele în raport cu altele. El vorbea de „structuri de semnificații", care sunt organizări ierarhice ale diferitelor elemente ale conceptului de Sine, aceste organizări putând suferi modificări în timp. Diferitele elemente ce construiesc conceptul de Sine sunt formate din mica copilărie traversând procesul de socializare, influențate fiind de persoanele semnificative. Importanța relativă a acestora este determinată de forța de identificări și interacțiuni sociale de la origine, astfel, de o organizare progresivă în termeni de „elemente centrale spre elemente periferice", putând să fluctueze în timp după natura identificărilor și interacțiilor.

După R. Ziller („Teoria orientării sine – altul", 1973) conceptul de Sine este, mai ales, format din tipurile de interacțiuni stabilite cu mediul ambiant sau suportate în acesta. El consideră că influența persoanelor semnificative este atât de mare încât ea „dictează" adesea din exterior ceea ce trebuie să fie copilul și prin aceasta ceea ce va deveni el mai târziu ca adult. Materialul perceptual nou ajuns la individ, procesele de asimilare, de diferențiere și de reintegrare a acestei varietăți de percepții externe sunt constant în acțiune pentru a delimita frontierele Eului. Dar aceste frontiere sau „delimitări ale Eului" vor fi întotdeauna în mare parte „impuse" sau fixate prin cereri sau „presiuni" ale mediului social extern.

Conceptul de Sine constituie astfel un veritabil „răspuns social”, unde „stimulii sociali sunt triaţi şi traduşi în semnificaţii personale ca mijloc de reprezentări topografice grosiere de sine în relaţie cu alţii.” Tot ceea ce individul poate face este de a ajunge la o anumită consistenţă între aceste numeroase percepţii sociale, acest grad de consistenţă indicând astfel nivelul de „control personal” faţă de presiunile sociale externe.

Alţi autori vorbesc de complementaritate între percepţiile de sine şi cele pe care alţii le au despre acea persoană, pentru a se ajunge la un tot mult mai nuanţat (Bianka Zazzo, 1972 şi Rodriguez-Tome, 1972), iar această abordare este mult mai realistă în contextul evoluţiei normale al conceptului de Sine (Rene L'Ecuyer, 1993).

Pentru Hector Rodriguez-Tome (în lucrarea „Eu şi altul”, 1972) conceptul de Sine (în terminologia sa conştiinţă de sine sau reprezentare de sine) este indisociabil legat de reprezentarea celuilalt, de modul în care celălalt îl percepe pe individul respectiv. Nu există concept de Sine fără referire constantă la celălalt. Această interdependenţă eu – altul în dezvoltarea reprezentării de sine se creează de la început prin comunicarea (gestuală şi verbală) care se stabileşte cu mediul unde trăieşte persoana şi prin rolurile (atribuite sau alese) jucate de această persoană în societate. Comunicarea şi rolurile creează zone de semnificaţii, de reciprocitate sau de schimburi de percepţii şi aşteptări, care nu pot face altfel decât să modeleze progresiv conceptul de Sine al individului în vederea formării modului în care el se percepe, modului în care această percepţie se nuanţează prin „atitudinile şi opiniile altor persoane vizavi de el însuşi.” Se desprind mai multe orientări: modul în care persoana se percepe, modul în care ea gândeşte că ceilalţi o percep şi modul în care ceilalţi o percep efectiv.

După Rodriguez-Tome, ale cărui cercetări au demonstrat relaţia dintre Eul individual (imaginea proprie) şi Eul social (diferitele imagini sociale), Nakbi (1990, 1991) a adăugat distincţia teoretică şi practică cea mai clară între aceste aspecte ale conceptului de Sine. Astfel, el precizează că spaţiul subiectiv al Eului constituie un fel de „celulă psihosociologică înglobând conceptul de Sine şi identitatea socială [...] şi dacă conceptul de Sine constituie, într-o accepţiune stict individualistă, nucleul fundamental al fiinţei, identitatea socială corespunde membranei sale citoplasmatice, ce defineşte conturul şi permite schimburile cu mediul înconjurător.” Aceasta este identitatea de sine totală pe care Nakbi o numeşte „conceptul de Sine total”.

3. Un aspect cognitiv, prin care diferite percepţii de sine sunt în mod constant analizate unele în raport cu altele după legi intelectuale de funcţionare. Această abordare înalt intelectualizată a conceptului de Sine este susţinută de autori ca Festinger, 1957; Lynch, 1981; Pelletier, 1971 etc. Rene L'Ecuyer crede însă că, în experienţa cotidiană, percepţiile de sine sunt mult mai spontan resimţite (aspect experienţial) decât intelectualizate, în timp ce experienţele specifice, importante, traumatismele – cum ar fi un eşec important, separarea şi divorţul, trecerea de la o etapă a vieţii la alta: adolescenţa, trecerea în categoria persoanelor vârstnice, cu toate prejudiciile sociale pe care le implică – creează un ansamblu de întrebări unde inteligenţa joacă un rol important, pentru că persoana trebuie să îşi determine poziţia pentru a se regăsi, a se recunoaşte. Inteligenţa intervine acum pentru elaborarea de sine.

4. Un aspect multidimensional complex (Allport, 1955, 1961; Gordon, 1968; Greenwald şi Pratkanis, 1984; L'Ecuyer, 1975, 1990, 1993 etc.), conform căruia conceptul de Sine nu este un concept unic, ci este compus dintr-un ansamblu de dimensiuni, revelând diferite aspecte ale experienţei de Sine.

G. Allport (în „Structura şi dezvoltarea personalităţii", 1961) a trasat o primă secvenţă evoluţională a conceptului de Sine de la copilărie până la adolescenţă, determinând din punct de vedere teoretic vârstele apariţiei fiecăreia dintre elementele conceptului de Sine şi identificând ceea ce reprezintă dimensiunile centrale ale acestor vârste. El a pus ipoteza existenţei unor percepţii centrale, percepţii mai importante decât altele, mai particular „ale noastre". De asemenea, a introdus un nou concept: *proprium*, utilizat pentru a acoperii Eul „ca obiect" al cunoaşterii şi trăirii. Allport consideră că noi suntem conştienţi în mod direct (deşi nu permanent) de proprium, în timp ce niciodată nu suntem direct conştienţi de „cunoscător".

5. O organizare ierarhică, care stipulează că diferite percepţii de sine se repartizează unele în raport cu altele (Gordon, 1968; James, 1890; L'Ecuyer, 1978, 1990, 1992; Marsh, 1990 etc.). Aceasta este trăsătura conceptului de Sine care permite construcţia profilelor perceptuale intra-vârste şi intra-grupuri.

6. Gradele de importanţă, ce indică că percepţiile de sine nu au toate aceeaşi importanţă la un moment dat, unele posedă o importanţă centrală sau vitală prin raport la altele (James,1890; Allport, 1955; Combs, Cohen şi Richards, 1976; Gordon, 1968; L'Ecuyer, 1975, 1990, 1993 etc.). Într-un context al dezvoltării, aceasta semnifică că gradul de importanţă al fiecărei dimensiuni din conceptul de Sine variază de la o vârstă la alta.

7. Un proces de emergenţă, după care, conceptul de Sine nu constituie un tot dat de la început; din contră, diferite dimensiuni ale Eului apar gradat – pe măsură ce persoana avansează în vârstă şi câmpul său de de experienţe se lărgeşte – şi sunt în mod progresiv organizate într-un mod mai complex (Dinkmeyer, 1965; L'Ecuyer, 1975, 1990, 1993 etc.)

8. Un sistem activ şi adaptativ (Allport, 1955; Combs, Cohen şi Richards, 1976; Gordon, 1968; L'Ecuyer, 1975, 1990, 1993; Rogers, 1951 etc.). În acest sens, conceptul de Sine nu constituie un fel de sistem contemplativ de sine prin care persoana se limitează să constate ceea ce este ea, ci din contră, persoana este pusă în situaţia să confirme aceste percepţii, să le întărească, să le apere contra atacurilor exterioare sau să le modifice, dacă realitatea interioară sau exterioară o cere. Conceptul de Sine este astfel un sistem eminamente activ şi adaptativ care se protejează, se corijează şi se ameliorează pentru o mai bună adaptare şi chiar pentru a se autodepăşi.

9. Un proces evolutiv, ce se dezvoltă

Conceptul de Sine nu este static, ci constituie un sistem dinamic dar, în acelaşi timp, stabil, permiţând persoanei să se recunoască de la un moment la altul – şi relativ flexibil şi schimbător, asigurând astfel persoanei posibilitatea de a se adapta şi de a evolua în funcţie de noile realităţi şi nevoi (Allport, 1955; Combs, Cohen şi Richards, 1976; L'Ecuyer, 1975, 1990, 1993; Symonds, 1949 etc.).

10. Un proces diferențiator, conducând la formarea de grupe de percepții caracteristice diverselor perioade de vârstă și identificabile în stadii (L'Ecuyer, 1985, 1990, 1993).

Ținând cont de aceste zece propietăți descrise mai sus, Rene L'Ecuyer dă o definiție exhaustivă a conceptului de Sine, astfel:

„Conceptul de Sine este:

• un sistem *multidimensional,* compus dintr-un ansamblu foarte variat de percepții pe care persoana le are despre ea însăși (aspect multidimensional);

• ale cărui conținuturi emerg simultan din *experiența personală și influențele celorlalți* asupra propriilor percepții (aspecte experiențial și social; procese de emergență);

• conținuturi care se organizează și se *ierarhizează* într-un tot coerent în jurul câtorva dimensiuni ce delimitează marile *structuri* fundamentale ale experienței de Sine, fiecare dintre ele acoperind porțiuni mai delimitate ale acestei experiențe – *substructurile* – ce se fracționează la rândul lor într-un ansamblu de elemente mai specifice, numite *categorii* (aspect ierarhic);

• organizare ierarhică care variează și *evoluează* ea însăși, astfel încât *gradul de importanță* al fiecăruia dintre constituienții săi se schimbă după vârstă și nevoi *de-a lungul întregii vieți* (aspect evolutiv și nivel de importanță);

• prin *diferențieri* progresive identificabile sub forma etapelor sau stadiilor (aspect diferențiator);

• în funcție de experiența cotidiană (fie retrospectivă, fie anticipativă) direct *resimțită,* apoi *percepută* și în final *simbolizată sau conceptualizată* de către persoană (aspect experiențial și cognitiv)

• și unde coeziunea internă a acestei organizări perceptuale complexe este în mod esențial orientată spre menținerea și promovarea *adaptării* persoanei (aspect activ și integrativ)." (1993, p. 27).

Profesorul Rene L'Ecuyer a studiat conceptului de Sine, timp de peste două zeci de ani, în cadrul Departamentului de Psihologie, Universitatea Sherbrooke, Canada. Împreună cu colegii săi din cadrul „Laboratorului de cercetări asupra conceptului de Sine", el a creeat o metodă de evaluare a dezvoltării conceptului de Sine din mica copilărie și până la bătrânețe (metoda G.P.S.) și a elaborat un nou model al conceptului de Sine, bazat pe vechile teorii ale conceptului de Sine și pe analiza de conținut a răspunsurilor formulate în autodescrierile persoanelor evaluate. Acest model este calificat de către autor ca *experiențial – evolutiv* deoarece dimensiunile sale interne se referă la conținuturi de experiență personală și la transformările acestor conținuturi odată cu vârsta.

Conceptul de Sine apare în viziunea lui Rene L'Ecuyer (1990, 1993) ca fiind compus din trei niveluri sau paliere de organizare:

• *Structurile Eului*, constituind 5 mari regiuni fundamentalale ale Eului;

• *Substructurile Eului*, în număr de 10, sunt subdiviziuni ale structurilor, câte două pentru fiecare structură;

• *Categoriile Eului*, în număr de 28, traduc experiența directă a Eului și sunt definite plecând de la conținuturile perceptuale ale descrierilor persoanelor.

Aceste dimensiuni ale conceptului de Sine au fost determinate prin analiza de conţinut a descrierilor de sine a numeroşi subiecţi evaluaţi cu metoda G.P.S.

Pot fi obţinute trei tipuri de profile perceptuale intra-vârstă, pentru fiecare din vârstele studiate (profiluri ale structurilor, substructurilor şi categoriilor), precum şi profile evolutive pentru fiecare din dimensiuni în cursul întregii vieţi. Percepţiile de sine nu au toate aceeaşi importanţă, unele în raport cu altele, unele sunt vitale sau centrale, în timp ce altele sunt mai puţin importante. Este astfel posibil să se analizeze aceste profile după gradul de importanţă al fiecăreia dintre dimensiuni, atât în interiorul profilelor intra-vârstă, cât şi a profilelor evolutive. Aceasta este analiza percepţiilor centrale, intermediare şi secundare.

Definiţiile experienţial-evoluţioniste ale dimensiunilor Eului
(după Rene L'Ecuyer, 1993)

Structuri	Sub-structuri	Categorii
EUL MATERIAL	– Eul Somatic	Trăsături şi aparenţă fizică Condiţie fizică şi sănătate
	– Eul Posesiv	Posesiune de obiecte Posesiune de persoane
EUL PERSONAL	– Imagine de Sine	Aspiraţii Enumerare de activităţi Sentimente şi emoţii Gusturi şi interese Capacităţi şi aptitudini Calităţi şi defecte
	– Identitate de Sine	Denumiri simple Roluri şi statut Consistenţă Ideologie Identitate abstractă
EUL ADAPTATIV	– Valoare de Sine	Competenţă Valoare personală
	– Activităţi ale Eului	Strategii de adaptare Autonomie Ambivalenţă Dependenţă Actualizare Stil de viaţă
EUL SOCIAL	– Preocupări şi atitudini sociale	Receptivitate Dominare Altruism
	– Referinţe la sexualitate	Referinţe simple Atracţie şi experienţe sexuale
EU/ NON-EU	Referinţe la alţii	
	Opiniile altora despre Sine	

Voi reda mai jos definiţiile acestor dimensiuni ale conceptului de Sine, aşa cum apar în scrierile lui Rene L'Ecuyer (1990, 1993). Aceste definiţii sunt legate foarte strâns de experienţa de Sine, aşa cum este ea trăită şi resimţită de către persoană, ca şi de modificările ce se produc de-a lungul avansării în vârstă.

1. Structura **EUL MATERIAL** (EM): substructurile şi catagoriile sale cuprind toate referirile la corp şi la diferite posesiuni cu care persoana se identifică de o manieră sau alta. Această structură este divizată în două substructuri: *Eul Somatic* şi *Eul Posesiv*.

a. Sub-structura ***Eul Somatic*** (ESo) grupează toate enunţurile unde persoana face aluzie la propriul corp. Analiza materialului cules conduce la identificarea a două categorii specifice: descrierile de sine în termeni de *trăsături şi aparenţă fizică* şi cele legate de *condiţia fizică generală şi de sănătate*.

– Categoria ***trăsături şi aparenţă fizică*** (tra) se referă la enunţuri de genul următor: menţiuni legate de diferite părţi ale corpului, descrierea lor în termeni simpli sau funcţionali, descrierea diferitor caracteristici corporale (aparenţă generală, greutate, înălţime etc.), referiri la ţinuta vestimentară, la modă etc., în măsura în care aceasta este legată de aparenţă. Atunci când unele enunţuri sunt însoţite de judecăţi pozitive sau negative clare, ele pot face loc unei duble codificaţii, ele aparţinând atât categoriei *trăsături şi aparenţă fizică*, ca şi categoriei *valori personale* (Structura EUL ADAPTATIV).

– Categoria ***condiţia fizică generală şi de sănătate*** (cph) se referă la starea generală de sănătate (se simte bine, este în formă etc.), la diverse indispoziţii, boli şi la ceea ce implică ele (vizite la medic, internări, medicamente etc.), la senzaţiile corporale (oboseală, stare de bine, senzaţie de forţă sau de vulnerabilitate etc.), la activităţi fiziologice (a bea, a mânca, a dormi etc.), la atenţia pe care persoana o acordă protejării stării de sănătate (exerciţii, odihnă, alimentaţie etc.). Referirile la maternitate, la preocupări privind viaţa şi moartea, procesele de evoluţie fiziologică (ex.: „Am crescut mult", „Am îmbătrânit" etc.) fac de asemenea parte din această categorie. Atunci când referirile la condiţia fizică şi la sănătate fac obiectul mândriei sau devalorizării, pot fi codificate dublu şi clasate şi în categoria *valorilor personale* (Structura EUL ADAPTATIV).

b. Sub-structura ***Eul Posesiv*** (EPo) cuprinde diferite elemente care pot fi numite „ale mele", referitoare atât la obiecte, cât şi la persoane. Această sub-structură este divizată în două categorii specifice: posesiunea de obiecte şi posesiunea de persoane.

– Categoria ***posesiunii de obiecte*** (obj) se referă la obiectele sau fiinţele posedate, în mod direct sau indirect de către persoană: animale, jocuri, haine, referiri la posesiuni familiale (ex. copilul poate spune: „Noi avem o casă"), la bani, la nevoi materiale etc.

– Categoria ***posesiunii de persoane*** (per) se referă la persoane semnificative din viaţa subiectului: părinţi, fraţi, surori, bunici, unchi, mătuşi, copii, nepoţi, colegii de muncă, duhovnic, medic personal etc. Cel mai adesea există indicatori lingvistici – cum este verbul „a avea" sau pronume sau adjective posesive cum sunt: „al meu, a mea, ale noştri, ale noastre" – care determină acest aspect posesiv.

2. Structura **EUL PERSONAL** (EP): sub-structurile şi categoriile sale sunt legate de caracteristicile cele mai interne şi mai psihice ale persoanei. Unele sunt de ordin mai general şi mai descriptiv (sub-structura *Imagine de Sine*), în timp ce altele sunt legate de caracteristicile cele mai profunde (sub-structura *Identitate de Sine*).

a. Sub-structura ***Imagine de Sine*** (Im S) cuprinde o mare varietate de descriptori ce acoperă diverse aspecte ale experienţei de Sine, grupate în 6 categorii specifice: aspiraţii, enumerare de activităţi, sentimente şi emoţii, gusturi şi interese, capacităţi şi aptitudini, calităţi şi defecte.

– Categoria ***aspiraţii*** (asp) cuprinde enunţuri legate de aşteptări, de dorinţe, de proiecte (carieră, meserie, profesie), idealuri, ambiţie etc. Decepţiile fac de asemenea parte din această categorie, deoarece ele exprimă aspiraţiile nerealizate: „Mi-ar fi plăcut să fac studii superioare." Cotaţia dublă poate fi frecventă aici. Deoarece aspiraţiile se referă în mod necesar la ceva precis, trebuie cotată aspiraţia manifestă (asp), dar şi obiectul aspiraţiei care poate fi legat de sănătate (cph), de confortul material (obj), de atingerea unui statut social (rol) etc.

– Categoria ***enumerare de activităţi*** (ena) cuprinde toate referirile la jocuri, sporturi, petrecerea timpului liber, activităţi şcolare, activităţi fizice sau intelectuale, dar şi activităţi culturale, manuale, artistice etc. Această enumerare este în mod esenţial centrată asupra acţiunii sau absenţei acţiunii (ex.: „Eu fac sport", „Eu nu fac sport"). În cazul referirilor la activităţile sociale, trebuie văzut dacă accentul este pus pe menţiunea de activitate (ena) sau mai curând pe relaţiile interpersonale în cauză. În al doilea caz, cotarea se va face la categoria receptivitate la alţii (Structura EUL SOCIAL).

– Categoria ***sentimente şi emoţii*** (sem) cuprinde diferite stări emoţionale exprimate de persoană: dragoste, ură, stare de bine, durere, iritabilitate, frică, decepţie, depresie, bucurie etc. Este vorba de exprimarea diverselor stări sufleteşti. Fraze de tipul: „Iubesc viaţa.", „Îmi plac oamenii corecţi." sunt clasate aici şi nu în categoria gusturi şi interese, deoarece ele se referă, mai curând, la exprimarea unui sentiment sau unei stări emoţionale mai profunde, decât la simpla indicare a gustului pentru un anumit lucru.

– Categoria ***gusturi şi interese*** (int) se referă la lucrurile care-l atrag sau îl resping pe subiect, la tot ceea ce-i place şi ce nu-i place. Trebuie făcută distincţia între această categorie şi cea anterioară. Trebuie, de asemenea, ţinut cont de faptul că gusturile şi interesele nu sunt limitate decât la menţionarea lucrurilor plăcute sau neplăcute, în timp ce categoria *enumerare de activităţi* pune accentul pe acţiune. A-i plăcea o acţiune nu înseamnă că persoana o face în realitate. „Îmi place vioara, sportul." (int) este altceva ca atunci când acţiunea este în mod clar precizată: „Îmi place să cânt la vioară.", „Îmi place să joc tenis." (ena).

– Categoria ***capacităţi şi aptitudini*** (apt) grupează toate enunţurile în care persona se referă la natura resurselor sau talentelor personale, ca şi la inaptitudini sau incapacităţi, fără a face în mod necesar şi o judecată de valoare. Această categorie este de ordin stict descriptiv. Atunci când este adăugată o judecată de valoare, este vorba mai de grabă de *categoria competenţe* (din sub-structura *Valoare de Sine*). Exemplu: „Nu am reuşit la examenul de matematică" (constatare, deci apt), „Ca de obicei, nu am fost bun de nimic la matematică." (judecată asupra persoanei, deci com).

– Categoria ***calităţi şi defecte*** (def) conţine descrierile de sine în termeni pozitivi sau negativi, dar fără judecăţi de valoare. Şi aici este prezent aspectul descriptiv, şi nu cel

evaluativ, care permite stabilirea diferenţei dintre această categorie şi categoria *valoare personală* (vap, relevată de *substructura Valoare de Sine*): „Eu sunt ambiţios." (def), „Eu sunt prea ambiţios."(vap); în acest sens, calificativele însoţite de: foarte, destul de, nu prea rău, sunt în general considerate ca expresii ale unei judecăţi evaluative şi clasate în categoria valoare personală.

b. Substructura ***Identitate de Sine*** (Ids) depăşeşte nivelul strict descriptiv (Imagine de Sine) pentru a merge mai profund în conştiinţa de a fi şi de a exista a persoanei. Această substuctură cuprinde 5 categorii specifice: denumiri simple, roluri şi statute, consistenţă, ideologie şi identitate abstactă.

– Categoria ***denumirilor simple*** (nom) grupează enunţurile corespunzătoare unui fel de fişă de identificare a persoanei: nume, vârstă, data naşterii, locul în care locuieşte, genul de casă în care locuieşte, sexul. Atûnci când menţionarea sexului este legată de sexualitate, aceasta relevă mai ales substructura *Referinţe la Sexualitate*.

– Categoria ***roluri şi statute*** (rol) se referă la diverse posturi, titluri sau funcţii pe care persoana le are şi care-i dau impresia de prestigiu. Fac de asemenea parte din această categorie: referirile la starea civilă, la categoriile sociale (copil, adolescent, adult, persoană în vârstă, soţ, soţie, mediu bogat sau sărac etc.), la profesie, la rangul în familie, ca şi referirile la un grup structurat sau nu, referirile la caracterul genealogic. Referirile la starea de solitudine („Eu sunt o persoană singură.") – care nu trebuie confundate cu sentimentul de solitudine (sem) – fac de asemenea parte din categoria roluri şi statute. Contextul global în care aceastea sunt spuse devine foarte important pentru identificarea categoriei bune.

– Categoria ***consistenţă*** (con) se referă la sentimentul general de coerenţă sau incoerenţă internă, de continuitate sau discontinuitate, de stabilitate sau instabilitate, de înţelegere sau neînţelegere a ceea ce se petrece în sine. Acest nivel de cunoaştere de sine care predomină aici include impresia de schimbare: „Găsesc că mă schimb.", „Nu mă înţeleg întotdeauna.". Descrierea trăsăturilor de caracter însoţite de particularităţi indicând o percepţie de continuitate în timp fac de asemenea parte din această categorie (ex.: „Eu am fost întotdeauna orgolios.", „Sunt un gen de persoană calmă.").

– Categoria ***ideologie*** (ide) cuprinde enunţuri legate de o simplă opinie personală asupra unui subiect, până la o formă de filosofie de viaţă: „Viaţa este complicată în zilele noastre", „Eu sunt pentru non-violenţă" etc. Proverbele, raţionamentele asupra vieţii în general, căutarea de a înţelege sensul vieţii şi referirile la diferite valori umane (disciplină, educaţie, ordine, muncă, justiţie, libertate, egalitate, religie, dragoste, ideologii politice etc.) fac parte din această categorie.

– Categoria ***identitate abstractă*** (ida) cuprinde referirile existanţiale vagi („Eu sunt eu însumi.", „Eu sunt o fiinţă gânditoare... o persoană.") sau orice altă identificare de sine la o anumită categorie, ca un fel de etichetă pe care şi-o pune persoana. Persoana se clasează aici în câteva aspecte: religie, mişcare politică, sindicalism, feminism, semn zodiacal etc. Felul de a formula este foarte important pentru a distinge *categoria calităţi şi defecte* sau *ideologie*: „Eu sunt violent." (calificativ = def), „Eu sunt un violent." (etichetă = ida), „Eu sunt pentru violenţă." (filosofie de viaţă = ide), „Eu sunt un gânditor." (etichetă = ida), „Sunt în zodia Vărsător." (ida).

3. Structura **EUL ADAPTATIV**: sub-structurile şi categoriile sale corespund acţiunilor pe care persoana le întreprinde confom cu percepţiile pe care le are despre ea însăşi sau cu reacţiile pe care le adoptă faţă de aceste percepţii sau faţă de diverse realităţi ale vieţii. Aceasta se traduce în două maniere: o judecată evaluativă asupra Eului (sub-structura *Valoare de Sine*) şi un aspect mai activ precizând tipul de activitate întreprinsă (sub-stuctura *Activităţi ale Eului*).

a. Sub-structura ***Valoare de Sine*** (VaS) grupează toate enunţurile ce implică o evaluare, o judecată asupra Eului în calitate de persoană sau în raport cu realizările personale, plecând de la un sistem personal de valori sau venit din exterior. Aceste evaluări pot fi pozitive sau negative în formularea lor, dar nu întotdeauna. Unele formulări, care constituie un fel de evaluare, posedă un caracter mai mult neutru. Astfel, enunţul: „Eu sunt foarte perfecţionist." nu poate fi considerat ca pozitiv sau negativ în absenţa unei precizări suplimentare. În acest enunţ, formularea este de caracter neutru, comparativ cu „Eu sunt prea perfecţionist.", unde tendinţa apare în mod net mai negativă. Această sub-structură este subdivizată în două categorii specifice: competanţă şi valoare personală.

– Categoria ***competenţă*** (com) cuprinde toate enunţurile ce traduc la persoană impresia de eficacitate reală, o evaluare mai ridicată a randamentului său sau a performanţei sale. Aceasta va merge mai departe ca simpla menţionare a capacităţilor şi aptitudinilor (din *sub-structura Imagine de Sine*).

– Categoria ***valoare personală*** (vap) grupează, în mod mai particular, toate enunţurile ce comportă o judecată despre sine ca persoană, judecată pozitivă, negativă, dar şi neutră, în raport cu un anume standard: „Eu sunt o persoană obişnuită." (neutru). Această categorie merge dincolo de simpla enumerare a calităţilor şi defectelor (din *sub-structura Imagine de Sine*), spre ceea ce constituie un fel de apreciere a valorii sale intrinseci. Acest sentiment de valoare poate fi tras din mai multe surse: din realizări sau absenţa realizărilor, din trăsăturile de caracter, de la obiectele posedate etc. Formularea şi contextul în care ea este spusă au mare importanţă aici.

b. Sub-structura ***Activităţi ale Eului*** (AcE) cuprinde enunţuri ce indică diverse moduri de acţiune sau reacţii faţă de percepţiile despre sine însuşi sau despre realitate (trecută, prezentă sau viitoare) în vederea menţinerii, promovării sau apărării Eului. Aceasta este percepţia de sine în acţiune sau percepţia acţiunii sale în realitatea cotidiană. Această sub-structură este divizată în 6 categorii: strategii de adaptare, autonomie, ambivalenţă, dependenţă, actualizare, stil de viaţă.

– Categoria ***strategii de adaptare*** (sta) cuprinde referirile prin care persoana indică că ea se conformează sau nu la cerinţele exterioare (venite de la părinţi, profesori, patron etc.), că ea se conformează, se supune sau nu la realităţile sau evenimentele vieţii. Acceptarea sau respingerea reglementărilor, normelor, legilor, fac de asemenea parte din această categorie, ca şi ansamblul de mecanisme de adaptare sau de apărare şi activităţile compensatorii: „Cad în reverie pentru a scăpa de monotonia vieţii.", „Simulez că nu înţeleg." etc. Acţiunile legate de a recupera, a se restructura, a-şi activa resursele, ca şi enunţurile legate de satisfacerea nevoilor fundamentale (nevoia de a iubi, de a fi iubit, de a fi apreciat şi de a aprecia etc.) fac de asemenea parte din această categorie.

– Categoria ***autonomie*** (aut) grupează enunțurile prin care persoana indică că ea face față realității, că ea face eforturi personale sau ia inițiativele necesare, că-și asumă responsabilitatea actelor sale.

– Categoria ***ambivalență*** (amb) se referă la contradicțiile, ezitările pe care persoana le încearcă sau le observă în ea însăși în fața acțiunilor întreprinse. Comparativ cu categoria consistență, care se situează la un nivel al perceperii incoerenței interne, categoria ambivalență se plasează la nivelul acțiunii (ex.: „Nu reușesc să mă decid.").

– Categoria ***dependență*** (dep) grupează toate enunțurile prin care persoana specifică sau lasă să se înțeleagă că refuză să facă față acțiunii sau să-și asume responsabilitățile și alege să ceară ajutor de la ceilalți: părinții, prietenii, copiii săi, Dumnezeu etc. Persoana se simte copleșită de situație și demisionează. Pot exista, de asemenea, referiri la situația sa de dependență. Această dependență poate fi, de altfel, în afara voinței persoanei: percepția dependenței sale financiare, dependența sa în cazul unei boli etc.

– Categoria ***actualizare de sine*** (act) cuprinde enunțuri ce traduc senzația generală de evoluție pozitivă, de progres, de dezvoltare, cu privire la propria persoană, la munca sa, la activitatea sa creatoare etc.: „Simt că am progresat.", „Sunt mulțumit de îmbătrânirea mea.". Enunțurile codificate aici nu pot fi decât pozitive. Elementele negative merg mai ales în categoria valori personale, ca și bilanțul pozitiv sau negativ asupra vieții, privirile (chiar pozitive) asupra trecutului.

– Categoria ***stil de viață*** (sty) se referă la descrierea modului general de viață (trecut, prezent sau viitor), la modul în care ea se derulează sau s-a derulat, la condițiile generale în care persoana trăiește sau a trăit, la diversele maniere de a trăi: a profita de viață, a duce o viață calmă, monotonă, fericită, agitată etc.; aceasta indică modul de a trăi, nu modul de a vedea viața (categoria *ideologie*).

4. Structura **EUL SOCIAL** (ES): sub-structurile și categoriile sale indică faptul că persoana iese din ea însăși, se deschide spre ceilalți sau descrie tipurile de interacțiuni pozitive sau negative existente între ea și ceilalți. Această structură este divizată în două sub-structuri: *Preocupări și atitudini Sociale* și *Referiri la sexualitate*.

a. Sub-structura ***Preocupări și atitudini Sociale*** (PaS) specifică la persoană participarea sa reală sau dorința de a participa la activități împreună cu alții, comunicarea sa reală sau dorința de a comunica cu ceilalți, tipul de comunicare sau atitudinile față de ceilalți. Această sub-structură este divizată în trei categorii specifice: receptivitate la alții, dominare și altruism.

– Categoria ***receptivitate la alții*** (rec) pune accentul asupra atitudinilor pozitive (acceptare, deschidere) privitoare la ceilalți: comunicare pozitivă cu ceilalți, dorința de a comunica și uneori simplul refuz sau dificultate de a comunica: „Eu am mulți prieteni.", „Îmi plac oamenii.", „Eu nu am prieteni și nici nu îmi doresc să am.". Enunțurile următoare fac de asemenea parte din această categorie: participarea la activități familiale, jocuri și întâlniri cu prietenii, plăcerea de a-i asculta pe ceilalți, respect și abilitatea de a-i asculta pe ceilalți, deschidere la nevoile celorlalți etc.

– Categoria ***dominare*** (dom) indică aspectul mai negativ prin care persoana își exercită ascendentul asupra celorlalți sau se simte dominată: agresivitate reală sau voalată, verbală sau psihică, manifestată sau suportată în comunicarea interpersonală,

obişnuinţa de a-şi bate joc de alţii sau de a suporta bătăile de joc, tendinţa de a vrea să se impună în faţa celorlalţi sau invers.

– Categoria ***altruism*** (alt) traduce maniera în care persoana oferă servicii sau se pune în serviciul altora, fără a aştepta nimic în schimb, fie că este vorba de părinţi, de prieteni, de apropiaţi, de săraci, de persoane vârstnice etc.: a ajuta, a-şi oferi serviciul, a împărţii, a încuraja, a sfătui, a face acte de caritate etc.

b. Sub-structura ***Referinţe la Sexualitate*** (RaS) precizează atât maniera în care persoana devine treptat conştientă de realitatea sa sexuală, cât şi stabilirea unei comunicări cu ceilalţi în calitate de persoană sexuală. Aceste referiri pot fi de natură heterosexuală, homosexuală sau intrasexuală, în sensul că cealaltă persoană nu este inclusă, fără ca aceasta să permită concluzionarea unor relaţii homosexuale: „Nu există fete în grupul nostru de prieteni.". Enunţurile de tip listare nu sunt clasate aici, ci în categoria denumirilor simple: „Eu sunt o femeie de 28 de ani.". Această sub-stuctură este divizată în două categorii simple: referiri simple şi atracţii şi experienţe sexuale.

– Categoria ***referiri simple*** (res) grupează enunţurile ce indică o formă de conştientizare a distincţiilor dintre sexe sau o formă de departajare după sex: „Eu am trei prieteni: doi băieţi şi o fată.", „Eu am cinci copii: doi băieţi şi trei fete.". Fac parte din această categorie şi indicaţiile clare de interes sau indiferenţă privind fetele sau băieţii, femeile sau bărbaţii.

– Categoria ***atracţii şi experienţe sexuale*** (sex) include enunţuri ce se referă la o mai mare sau mai mică sensibilitate la experienţe sexuale mai profunde: „Prietenul meu sărută bine.", „Sunt încă atras de femei în ciuda vârstei mele.", „Mă joc de-a femeia fatală.". Fac parte din această categorie referiri la: a plăcea, a atrage şi a fi atras, a seduce şi a fi sedus, relaţii sexuale, autosatisfacere etc.

5. Structura **EU/ NON-EU** (EN): sub-structurile şi categoriile sale grupează enunţuri unde persoana nu vorbeşte direct de ea însăşi, ci de alţii. Totuşi, prin modul de a face acest lucru, este clar că ea se referă la sine, prin intermediul persoanei interpuse. Acest tip de enunţuri constituie o formă de identificare reală (dorită sau nu), prin contrast, prin prelungire sau prin continuitate cu acea persoană sau cu acele persoane. În alte circumstanţe, persoana menţionează mai curând ce cred celelalte persoane despre ea, ceea ce constituie, în final, o manieră diferită de a vorbi despre sine. Această structură este divizată în două sub-structuri: *Referiri la Alţii* şi *Opinia altora despre Sine.*

a. Sub-structura ***Referiri la Alţii*** (ReA) include enunţurile unde persoana nu vorbeşte direct despre ea însăşi, ci despre un altul, în care se regăseşte: identificare de sine sau diferenţiere de sine prin intermediul posesiunilor celorlalţi, reuşitelor sau eşecurilor lor, talentului, statutului lor etc. (ex.: „Prietenul meu are o bicicletă frumoasă.", „Copiii mei sunt toţi bine plasaţi în viaţă.").

b. Sub-structura ***Opinia altora despre Sine*** (OpA) cuprinde enunţuri unde persoana este prezentă în judecăţile altora faţă de sine. Este vorba de ceea ce gândesc ceilalţi sau de recunoaşterea importanţei opiniilor celorlalţi despre propria persoană: „Părinţii mei spun că sunt leneş.", „Este important pentru mine ceea ce gândesc ceilalţi despre persoana mea.".

Aceste două sub-structuri nu sunt divizate în categorii mai specifice, din două motive: toate dimensiunile de Sine pot reapare sub forma referirilor la alții sau la la opiniile lor, ceea ce ar dubla inutil ansamblul acestui model experiențial-evolutiv; în al doilea rând, acestea sunt caracteristici provenite din exterior și care nu pot fi repetate. Enunțurile sunt deci codificate direct în cele două sub-structuri.

Aceste definiții experiențial-evolutive permit codificarea a tot materialul legat de conceptul de Sine și aceste dimensiuni sunt extrase direct din analiza materielului cules din autodescrierile persoanelor (vezi metoda G.P.S., R. L'Ecuyer, 1993).

1.2. Relația dintre conceptul de Sine și stima de sine

Stima de sine este strâns legată și depinde de conceptul de Sine, dar nu se confundă cu el. În timp ce conceptul de Sine se referă la o organizare complexă, cu multiple fațete a percepțiilor privind propria persoană, stima de sine reprezintă, de obicei, o atitudine globală, generalizată privind propria persoană și comportamentele ei, o autoevaluare a sentimentelor pozitive sau negative pe care le are persoana despre ea însăși.

În acord cu S. Harter (1983) stima de sine globală este compusă din 4 dimensiuni: competență, putere, valoare morală și acceptanță. Conceptul de Sine se referă la cum se manifestă aceste dimensiuni. De exemplu, de-a lungul adolescenței, *competența* se manifestă prin competență școlară, competență atletică, aparență fizică; *puterea* prin simțul puterii asupra propriei vieți; *valoarea morală* prin comportament și *acceptanța* prin acceptanța socială a egalilor, prietenii apropiate și atracție romantică. Din perspectiva autorului, dacă un adolescent nu consideră o abilitate dintr-o arie particulară ca fiind importantă pentru el, percepțiile sale negative asupra abilităților din acea arie nu vor cauza distres (Harder, 1986). În consecință, numai domeniile conceptului de Sine care sunt atât scăzute, cât și importante pentru adolescent vor avea un impact negativ asuprea stimei de sine globale. Stima de sine este întărită și de competența și autoritatea personală, ca și de aprecierea și respectul pe care-l primim de la alții semnificativi, ceea ce asigură sentimentul de demnitate (Harter, 1999).

Se consideră că această privire-judecare despre noi înșine este vitală pentru echilibrul nostru psihologic. „Atunci când este pozitivă, ne permite să acționăm eficient, să ne simțim bine în propria piele, să facem față dificultăților existenței. Dar când este negativă, provoacă numeroase suferințe și neplăceri, care vin să perturbe viața noastră cotidiană." (S. Feshbach, B. Weiner, 1986, p. 145).

Multe dificultăți psihologice sunt legate de problemele stimei de sine. Rosenberg (1965) considera că o evaluare de sine negativă este adesea acompaniată de reacții emoționale care pot conduce la un comportament autodestructiv. Mai recent, cercetările lui Cheng și Furnhaum (2002) demonstrează că o stimă de sine scăzută este asociată cu probleme emoționale cum sunt depresia și sentimentul de însingurare.

William James (1902) este dintre primii psihologi care au studiat stima de sine. El a tras concluzia că satisfacția sau nemulțumirea de sine nu depind doar de reușitele noastre, ci și de criteriile după care le judecăm, stima de sine fiind dată de raportul dintre succes și pretenții. Altfel spus, cu cât obținem mai multe reușite, cu atât crește stima de

sine, cu condiția ca pretențiile noastre să nu fie prea mari. Pretențiile ridicate pot constitui o frână pentru o bună stimă de sine. Invers, starea de confort psihic a persoanelor care trăiesc în condiții care altora le-ar părea puțin favorabile, provine și din capacitatea lor de a fi mulțumite cu ceea ce au.

Psihiatrii francezi F. Lelord și C. Andre, în cartea lor „Cum să te iubești pe tine pentru a te înțelege mai bine cu ceilalți" (1999), consideră că stima de sine se fondează pe trei „ingrediente": încredere în sine, concepția despre sine și iubirea de sine.

În opinia autorilor, *iubirea de sine* este elementul cel mai important, este soclul stimei de sine și această iubire „necondiționată" nu depinde de performanțele noastre. Ea ar depinde în mare parte de dragostea pe care ne-a împărtășit-o familia atunci când eram copii, iar carențele stimei de sine care-și au sursele la acest nivel sunt cel mai dificil de compensat. Aceste carențe se regăsesc în ceea ce psihiatrii numesc „tulburări de personalitate", respectiv la acei subiecți a căror manieră de a fi împreună cu ceilalți îi împing spre conflict sau eșec.

Concepția despre sine constituie părerea pe care o avem despre noi, o evaluare, fondată sau nu, a calităților și defectelor noastre. Nu este vorba doar de cunoașterea de sine; importantă nu este realitatea lucrurilor, ci convingerea de a fi deținători ai calităților și defectelor, ai potențialităților și limitelor. Formarea concepției pe care o avem despre noi înșine este influențată în mare parte de mediul familial, în special de proiectele pe care părinții le fac pentru noi.

Încrederea în sine se aplică în special actelor noastre. În viziunea autorilor, a fi încrezător înseamnă a considera că ești capabil să acționezi într-o manieră adecvată în situații importante, iar a nu te teme de necunoscut sau de adversitate demonstrează un bun nivel al încrederii în sine. Ea provine, în principal, din tipul de educație pe care l-am primit în familie sau la școală.

Între cele trei componente ale stimei de sine există în general legături de interdependență: „iubirea de sine (a te respecta indiferent de ceea ce ți se întâmplă, a asculta de nevoile și aspirațiile tale) facilitează o concepție despre sine pozitivă (a crede în capacitățile tale, a te proiecta în viitor) care, la rândul său, influențează favorabil încrederea în sine (a acționa fără teama de eșec sau de judecata altora). Se întâmplă ca, la unele persoane, aceste elemente să fie disociate și în acest caz stima de sine se prăbușește în anumite situații de viață." (F. Lelord, C. Andre, 1999, p. 19).

Ca și Adler, Allport (1961) indică compensarea ca pe o metodă prin care persoana se luptă cu sentimentele de inferioritate. El vorbește de compensarea prin substituție, când persoana nu-și înlătură handicapul, dar descoperă alte satisfacții și de supracompensare, când slăbiciunea originală nu este înlătuartă, ci transformată într-o sursă de forță. Mecanismele de apărare pot fi de asemenea utilizate pentru a trata inferioritatea, dar ele sunt compensări menite să amăgească pe alții. De exemplu, adolescentul își poate ascunde nesiguranța în spatele unei strângeri de mână viguroase sau poartă tocuri înalte la pantofi din cauza unei înălțimi mici. Raționalizarea este o formă de compensare prin care persoana se înșeală mai mult pe sine decât pe alții, utilizată pentru a împiedica rănirea stimei de sime. A-i vedea pe sportivi ca „proști vorbitori", pe intelectuali ca „neîndemânatici la lucrurile practice" și pe cei frumoși ca „lipsiți de caracter" sunt exemple de raționalizări. În fine, gândirea autistă poate fi un mod extrem al persoanei de a se ocupa cu sentimentele sale de inferioritate și ea reprezintă o compensare a imaginației. Persoana se pierde într-o lume a

fanteziei în care toate visurile i se împlinesc, în care se simte puternică fără riscul de a se întâlni cu slăbiciunile sale. Acţiunea directă se produce când cel în cauză atacă în mod conştient sursa unei inferiorităţi reale şi o înlătură. Acesta este un mecanism de adaptare pozitivă la cerinţele realităţii.

C.R. Patkay şi B.P Allen (1986), punându-şi întrebarea cum pot fi eliminate sentimentele de inferioritate, se lovesc de un paradox. Aşa cum susţinea Allport (1961), sentimentele de inferioritate sunt asociate cu conceptul de Sine. Atâta timp cât conceptul de Sine este inadecvat, sentimentele de inferioritate vor rămâne. Aici apare paradoxul: persoana nu poate dezvolta un concept de Sine adecvat până ce nu elimină sentimentele de inferioritate, dar ea nu poate face asta până ce nu corectează conceptul de Sine inadecvat. Autorii citaţi cred că rezolvarea acestei dileme este ca persoana ce are sentimente de inferioritate să se concentreze pe problema mai largă – corectarea conceptului de Sine inadecvat. Eliminarea sentimentelor de inferioritate vor urma corectării conceptului de Sine.

Factorii ce contribuie la formarea stimei de sine

Începuturile stimei de sine sunt corelate cu cele ale conştiinţei de sine, a cărei componentă importantă este.

În urma unei cercetări pe care a realizat-o în 1998, S. Harter concluzionează că cele mai importante cinci domenii în constituirea stimei de sine a copiilor şi adolescenţilor sunt: aspectul fizic („plac altora?"), aptitudinile sportive („sunt un bun (o bună) sportiv(ă)?"; „alerg repede?"; „ştiu să mă apăr?"); popularitatea în grupuri („mă plac cei din clasa mea, din şcoală, am mulţi prieteni?"); conformismul comportamental („sunt considerat de către adulţi o persoană competentă, respect regulile sociale: politeţe, disciplină etc.?"); reuşita şcolară („am rezultate bune?").

Importanţa pe care copilul o acordă diferitelor aspecte ale stimei de sine nu depinde doar de judecata lui, ci şi de cea pe care persoanele semnificative o au despre competenţele sale. Pentru un copil, există patru surse principale de judecăţi semnificative, deci patru surse ale stimei de sine: părinţii, profesorii, camarazii (copiii din clasa lui sau chiar din şcoală), prietenii apropiaţi.

Interesându-se de originile unei stime de sine scăzute, F. Lelord şi C. Andre găsesc următoarele cauze: „un deficit de susţinere şi încurajare din partea părinţilor, în ciuda unei afecţiuni reale, sau carenţe afective majore; competenţele limitate ale copilului (de exemplu la şcoală) sau o nepopularitate printre ceilalţi copii; o supraprotecţie parentală cu o devalorizare a copilului; evenimente ale vieţii ce au provocat la copil un sentiment de lipsă de control asupra mediului (de exemplu, decesul sau o stare depresivă a unuia dintre părinţi)." (1999, p. 123).

CAPITOLUL 2:
Evaluarea şi măsurarea conceptului de Sine

2.1. Metode de evaluare a conceptului de Sine

Wiliam Stein, în articolul său „Evaluarea conceptului de Sine" (1995), consideră că, înainte de a trece la evaluarea conceptului de Sine, trebuie mai întâi clarificată semnificaţia conceptului de Sine şi apoi se aleg instrumentele sau metodele consistente cu această definiţie.

Conceptul de Sine este în mod inerent fenomenologic, el se referă la propriul punct de vedere al persoanei despre ea însăşi. În consecinţă, cele mai frecvent utilizate tipuri de instrumente pentru determinarea conceptulului de Sine sunt scalele de evaluare. Scalele de evaluare sunt în mod tipic compuse dintr-un set de declaraţii la care cel ce răspunde îşi exprimă gradul de acord sau dezacord. Sunt comune *scalele Likert* cu 5 sau 7 puncte. Itemi tipici pot fi „Sunt bun la matematică" sau „În ansamblu sunt mulţumit cu mine însumi". Răspunsurile sunt apoi însumate pentru a forma un scor pentru o scală specifică (ex.: conceptul de Sine la matematică) sau pentru a măsura conceptul de Sine global.

Alte scale de evaluare sunt *listele de verificare – checklists*. Acestea implică ca cel ce răspunde să aleagă dintr-o serie de adjective pe acelea care crede că i se potrivesc lui însuşi. Deoarece adjectivele au fost repartizate într-o categorie, bazată atât pe criterii empirice, cât şi raţionale, alegerile persoanei pot fi întabelate pentru a forma o măsură a conceptului de Sine. Aceste *checklists* aduc informaţii calitative interesante, dar au două deficienţe, în opinia lui W.Stein. Prima ar fi că răspunsurile sunt dihotomice, de tipul da/nu, fără a da celui care răspunde posibilitatea de a-şi arăta gradul de acord. A doua constă în categorizarea adjectivelor, care este dată de o parte externă, fără a şti ce semnificaţie au ele pentru fiecare persoană în parte.

Instrumentele de tip Q-sorts au fost utilizate mult în cercetarea conceptului de Sine, dar sunt rareori utilizate de către consilierii practicieni, deoarece sunt consumatoare de timp şi solicită un angajament considerabil din partea clientului. Pe scurt, tehnica Q-sorts implică a-i da persoanei să scoreze cartonaşe ce conţin descriptori ai Eului (de ex. „Eu sunt puternic") într-un număr predefinit de grupe aranjate de la „cel mai mult ca mine" la „cel mai puţin ca mine". În mod tipic pot fi utilizate un număr de 100 sau mai multe cartonaşe şi fiecare grupă poate conţine un număr predeterminat de cartonaşe. Atât metode cantitative, cât şi metode calitative pot fi utilizate pentru a evalua rezultatele sarcinii de sortare.

În *metodele de „răspunsuri libere"* cei ce răspund completează propoziţii parţiale (de ex. „Mă simt cel mai bine atunci..."). Cel mai frecvent, răspunsurile sunt

evaluate calitativ. Metodele răspunsului liber sunt utilizate rareori în cercetare, dar sunt preferate de mulți consilieri, deoarece sfârșitul deschis, natura calitativă a sarcinii se pretează la facilitarea unui dialog cu clientul. W. Stein atrage atenția asupra ratei scăzute de încredere a acestor metode și este împotriva interpretării rezultatelor ca o „măsură" a conceptului de Sine.

Multe dintre măsurătorile conceptului de Sine compară răspunsurile persoanei cu o serie de norme.

Autorul citat recomandă ca toți cei care doresc o evaluare a conceptului de Sine să păstreze mai multe considerații în minte, incluzând caracteristici cerute de măsurarea „relatării despre sine", tehnici adecvate de evaluare și dacă evaluarea va fi utilizată în scop de cercetare sau în scop clinic.

De asemenea, trebuie ținut cont de faptul că relatările despre sine solicită mai multe abilități ale celui care răspunde (Burns, 1979). În primul rând, persoana trebuie să aibă un nivel suficient de auto-conștientizare. În al doilea rând, referirile la sine măsoară de asemenea competența verbală, o abilitate care nu poate fi asumată. Și, nu în ultimul rând, trebuie avut în vedere că unele persoane sunt conștiente că unele relatări sunt mai acceptabile decât altele. Acuratețea evaluării de sine este adesea scăzută de această „dezirabilitate socială" a tendinței răspunsului.

Rene L'Ecuyer (1978) clasifică metodele de explorare ale conceptului de Sine în: metode autodescriptive și tehnici de inferență.

Metodele autodescriptive constau într-un raport verbal sau scris pe care persoana îl face despre sine. Poate fi vorba aici de o autodescriere în întregime liberă pornind de la o simplă întrebare (Cine sunt eu?) sau persona realizează o apreciere a ei înșiși plecând de la o listă de adjective propuse de examinator, fraze de tip Q-sort. Autodescrierea constituie o orientare strict experiențială și se referă la percepțiile conștiente pe care le are persoana despre ea însăși, autodescrierea evaluând Eul fenomenal.

Autorul este de părere că oricare ar fi forma autodescriptivă utilizată ipoteza de bază rămâne aceeași: dacă conceptul de Sine se referă la modul în care persoana se percepe, atunci singurul mijloc veritabil de a o cunoaște constă în a o întreba despre ea însăși.

Sunt aduse o serie de critici acestor metode: ele scot în evidență introspecția; în autodescrierea sa, persoana este influențată de inconștient și de mecanismele defensive care antrenează distorsiuni și selecții perceptuale; factorii de dezirabilitate socială și de facilitate verbală pot influența raportul autodescriptiv al persoanei.

Avantajul ar fi acela că aceste metode relevă trăirea experiențială a persoanei, accesul la percepțiile vitale despre ea însăși, așa cum sunt ele trăite și resimțite. În acest sens, ele aduc un material prețios, acela al punctului de vedere al persoanei însăși, la care nicio altă tehnică nu poate avea acces direct. Mai mult chiar, „în afara cazului falsificării conștiente a raportului despre sine, orice altă formă de autodescriere, chiar inconștient formulată, nu reprezintă mai puțin percepția pe care o are persoana despre ea însăși, conceptul său de Sine." (R. L'Ecuyer, 1978, p. 47).

Tehnicile de inferență constau în reconsituirea a ceea ce poate fi conceptul de Sine al unei persoane plecând de la observațiile secvențelor de comportament, din analiza materialului din întrevederi sau din interpretările la tehnicile proiective. Aici, ipoteza de bază este aceea că persoana nu este capabilă să furnizeze o autodescriere adecvată și

obiectivă, fiind prea mult influenţată de mecanismele de apărare. Tehnicile proiective evaluează o experienţă interioară, dar diferită de metodele autodescriptive: ele se referă la conţinuturi inconştiente, la percepţii inconştiente pe care le are subiectul despre el însuşi, evaluând Eul nonfenomenal. Cele mai utilizate sunt: Testul de Apercepţie Tematică, Testul Desenul Persoanei, Testul Rorschach.

Avantajul folosirii acestor metode ar fi, în opinia autorului, faptul că evaluarea se realizează într-un cadru mai stucturat (întrevedere, tehnică proiectivă, secvenţă de comportament) asupra căruia subiectul nu are un control direct. Ele elimină problemele legate de introspecţie şi reduc fenomenul de selecţie perceptuală, distorsiuni perceptuale, dezirabilitate socială. Se aduc astfel clarificări noi, imposibil de a fi obţinute plecând doar de la metodele autodescriptive.

Un risc al folosirii tehnicilor de inferenţă ar fi acela că examinatorul poate fi influenţat în mod inconştient în alegerea secvenţelor de comportament, părţilor de întrevedere de reţinut, sensul pe care i-l dă, precum şi în interpretarea tehnicilor proiective.

2.2. Metoda „Geneza Percepţiei de Sine" (G.P.S.)

În lucrarea prezentă am folosit pentru evaluarea conceptului de Sine **metoda „Geneza Percepţiei de Sine"**, prescurtat **G.P.S.** Este o metodă autodescriptivă, derivată din „Cine eşti tu?" al lui Bugental şi Zelen (1950) şi adaptată de Rene L'Ecuyer (1978, 1990, 1993) pentru a studia evoluţia conceptului de Sine de la copilărie până la bătrâneţe.

„În măsura în care conceptul de Sine corespunde modului în care persoana se percepe, cel mai bun mijloc de a cunoaşte deferitele percepţii despre ea însăşi constă în a-i oferi o metodă adecvată, mai degrabă decât să se ţină cont de punctul de vedere al unei persoane exterioare (inferenţă)." (Rene L'Ecuyer, 1993, p. 62).

Metoda G.P.S. permite culegerea în detaliu a acestui punct de vedere al persoanei despre ea însăşi. În forma sa cea mai simplă, ea constă în a-i cere persoanei să se descrie aşa cum ea se percepe, ca răspuns la **întrebarea 1**: „Cine eşti tu?". **Întrebarea 2** („Printre tot ceea ce tocmai mi-ai răspuns la prima întrebare, ce este cel mai important pentru tine?"), ca şi **testul limitelor** au ca obiectiv asigurarea validităţii experienţiale a percepţiilor centrale.

Metoda G.P.S. se prezintă în final sub forma unui chestionar cuprinzând trei părţi: test, retest şi testul limitelor, fiecare având indicaţii apropiate. Retestul şi testul limitelor sunt administrate 15 zile mai târziu în cercetarea autorului, cu scopul de a determina validitatea şi fidelitatea instrumentului. Din rezultatele cercetării a reieşit o mare stabilitate a rezultatelor, arătând astfel că întrebarea „Cine sunt eu?" poate fi suficientă ea însăşi.

Partea A: Metoda G.P.S. – test

Persoana este invitată să răspundă la următoarele două întrebări:

1. *„Cine sunt eu?"*

Această autodescriere este în întregime liberă, în sensul că nu există timp limită şi persoana se descrie ea însăşi spontan, aşa cum ea se percepe, fără nicio sugestie din partea

examinatorului. Atunci când întâmpină dificultăţi pe parcursul autoexplorării, examinatorul nu face decât s-o încurajeze să continue sau să se angajeze pe o nouă direcţie, fără să-i sugereze el vreun subiect posibil. Aceasta permite obţinerea de autodescrieri foarte nuanţate plecând de la care sunt făcute diferite analize. În plus, G.P.S. poate fi administrat atât în întrevederi individuale, cât şi în mici grupuri, în acest ultim caz persoanele scriindu-şi ele însele autodescrierea.

Oricare ar fi forma de administrare, individuală sau colectivă, examinatorul trebuie să ţină cont de următoarele aspecte:

– îşi adaptează discursul în funcţie de vârsta subiecţilor;

– caută mai întâi să motiveze participarea subiecţilor, explicându-le că va fi vorba să se descrie aşa cum se percep ei (evitând în mod absolut orice indicaţie susceptibilă să sugereze aspecte particulare de explorat);

– precizează că toate răspunsurile sunt bune în măsura în care ele descriu persoana la care se referă;

– asigură subiecţii de păstrarea secretului profesional;

– nu există limită de timp şi nici de lungime a răspunsurilor. Atât într-o întrevedere individuală, cât şi în una de grup, trebuie contat pe un timp între 45 şi 60 minute.

– atunci când persoana îşi scrie ea însăşi răspunsurile trebuie precizat că răspunsurile trebuie să fie sub forma unui text autodescriptiv, pentru a fi siguri că nu vom obţine doar o listă scurtă, seacă, doar de câteva adjective.

2. *„Printre tot ceea ce mi-ai spus, încearcă să precizezi ceea ce este cel mai important pentru tine, ceea ce îţi este mai la suflet."*

A doua întrebare vizează aprofundarea domeniului percepţiilor centrale şi secundare. Ea poate fi suprimată într-o cercetare unde acest obiectiv nu este urmărit, ca şi în cazul în care se consideră că rezultatele cercetării iniţiale asupra validităţii experimentale a percepţiilor centrale sunt considerate suficient de convingătoare.

Partea B: Metoda G.P.S. – retest

Această parte constă în readministrarea părţii A (test) exact în aceleaşi condiţii şi urmărind aceleaşi instrucţiuni. Mai întâi, se mulţumeşte persoanei pentru colaborarea sa iniţială, precizând că natura cercetării necesită o nouă întâlnire. Se cere persoanei să procedeze ca şi cum ar fi evaluată prima oară. Este important ca persoana să fie asigurată, astfel încât să nu ajungă la concluzia că primele sale răspunsuri n-au fost bune şi că ea ar trebui să le schimbe, nici să interpreteze că ar trebui să repete acelaşi răspuns ca şi prima oară sau că era incomplet şi că ea ar trebui să adauge acum elemente noi. Este important să dea răspunsuri spontane la cele două întrebări.

Autorul recomandă ca retestul să fie suprimat de cei care nu doresc să facă acest control sau de cei care consideră convingătoate rezultatele asupra fidelităţii.

Partea C: Metoda G.P.S. – testul limitelor

Seria de întrebări care se pun direct în acest test al limitelor apare în *anexă*. Acesta se face imediat după retest, nu înainte, pentru că altfel retestul ar fi fals, influenţat de întrebările din testul limitelor. Atunci când şedinţa de retest nu va mai avea loc, testul limitelor va fi aplicat imediat după test.

Cu testul limitelor se urmăreşte a-l face pe subiect să înţeleagă că alte persoane vorbesc de anumite lucruri în autodescrierile lor şi de a-l invita să facă acelaşi lucru dacă nu a menţionat încă până acum, cu condiţia să estimeze că aceasta va adăuga ceva la cunoaşterea de sine însuşi. Trebuie ca examinatorul să se asigure că aceasta nu va fi interpretată de subiect ca o descriere incompletă.

Acest test al limitelor poate fi de asemenea suprimat dacă se estimează că rezultatele prezentate referitor la acest subiect sunt suficient de convingătoare.

În accepţiunea creatorului său, metoda G.P.S. este pe de o parte o metodă de evaluare longitudinală ce constă în a revedea periodic aceleaşi persoane în cursul mai multor ani şi a trasa astfel un portret precis al schimbărilor observate în cursul evoluţiei lor. Această metodă permite astfel obţinerea unei linii de continuitate între diverse schimbări ale aceleiaşi persoane, avantaj foarte serios în planul cercetării. Pe de altă parte, este o metodă de evaluare transversală ce constă în studierea grupelor diferite de persoane la diferite nivele de vârstă, permiţând să se analizeze caracteristicile, pentru ca apoi să se traseze curba de dezvoltare. Pentru că persoanele nu sunt aceleaşi de la un grup de vârstă la altul, curba evoluţională obţinută suferă eventual un anume număr de iregularităţi sau de discontinuităţi.

CAPITOLUL 3:
Dezvoltarea conceptului de Sine din mica copilărie până la adolescență

Conceptul de Sine este important pentru oricare dintre teoriile asupra dezvoltării și funcționării personalității. Eul furnizează o cheie pentru multe motivații umane, înțelegerea socială și tulburările personalității. De bază în dezvoltarea personalității, atât la copil cât și la adult, sunt schimbările Eului.

Luând ca punct de plecare ființa conștientă, H. Ey arată că înaintea ei exista o subiectivitate confuză, o simțire, un câmp de experiență, în timp ce la nivelui ei superior de dezvoltare există Eul, ca „rezultantă structurală și istorică a ei", deci ca subiectivitate conștientă de ea însăși, ce integrează experiența trecută a persoanei. „Numai devenind conștientă de ea însăși, conștiința devine stăpână pe experiența sa, prin obiectivarea în propriul Eu." (H. Ey, 1961, p. 60). Eul este o construcție treptată, realizată în timp, bazată pe integrări succesive ale stărilor anterioare în cele superioare, care devin premise sau condiții pentru acestea din urmă.

Percepțiile despre sine nu se schimbă cu totul de la un moment la altul, ci se schimbă progresiv, aproape imperceptibil. Fiecare dintre schimbări este pe de o parte produsul construcției anterioare – și încă posedă deci caracteristici evidente – și, pe de altă parte, conține caracteristici preliminare sau anticipatorii ale construcției viitoare.

3.1. Dezvoltarea și evoluția conceptului de Sine

Cercetătorii și teoreticienii ce s-au ocupat de studiul dezvoltării conceptului de Sine descriu șase etape sau puncte de reper: de la 0 la 2 ani, de la 2 la 5 ani, de la 5 la 10–12 ani, adolescența (de la 12 la 15–18 ani), viața adultă (de la 20 la 60 ani), persoanele vârstnice (de la 60 la 100 ani).

Dat fiind obiectivul lucrării prezente, mă voi ocupa în continuare de prezentarea primelor patru stadii ale dezvoltării conceptului de Sine.

a. Etapa de la 0 la 2 ani: emergența Eului

La bebeluș, toate nivelele de organizare se află într-un amalgam primar: copilul nu este capabil să diferențieze tensiunile lui musculare de senzațiile, sentimentele, imaginile pe care le are. Corpul și psihicul, imediat după naștere, constituie un organism unic, dar nedefinit, nediferențiat. Toate palierele coexistă în aceeași matrice. Copilul va

avea nevoie de părintele său pentru a numi, a găsi sensul şi a diferenţia stările lui senzorio-motorii nedefinite.

Imaturitatea neuropsihică este pentru bebeluş un handiacap, căci acesta nu posedă încă toate instrumentele autoreglării. Copilul, până la 3 luni, pradă tensiunilor sale organice şi corporale, nu ştie ce trăieşte. El simte durerea muşchilor tensionaţi, presiunea şi torsionarea intestinelor, dar nu are încă o reprezentare a senzaţiilor sale. „Pe e altă parte, această imaturitate are o funcţie specifică în cazul fiinţei umane, aceea de a crea legăturile dintre corp şi spirit: plângând, copilul îşi cheamă părinţii care vin şi-i vorbesc, îl ţin în braţe şi dau un sens trăirilor copilului. Cuvintele părintelui spuse deasupra patului copilului creează un înveliş şi o legătură. Este ca şi cum părintele închide un sac de emoţii cu legătura tandreţei. Copilul se simte înconjurat, limitat, securizat." (Susanne B. Robert-Ouvray, 2001, p. 22).

Aspectul dominant al acestei perioade de vârstă este emergenţa de sine, traversând procesele de diferenţiere Eu/ non-Eu, adică distincţia progresivă dintre ceea ce este Eul şi ceea ce nu este. În acest sens, starea de simbioză dintre mamă şi copil contribuie la menţinerea, cel puţin la început, la starea de nediferenţiere Eu/ non-Eu. Sunt bine cunoscute numeroasele referiri la dificultatea sugarului de a distinge între corpul său şi cel al mamei sale. Astfel, se pare că primele distincţii între Eu şi non-Eu se efectuează la nivelul imaginii corporale, pornind de la diferite senzaţii corporale. Plecând de la multiplele contacte cu mama sa, copilul învaţă să distingă corpul său de ceea ce el nu este, să recunoască limitele sale externe. Deci mai întâi ar fi conştiinţa de celălalt, pentru a ajunge, puţin mai târziu, la primele elemente ale conştiinţei de sine. Copilul se construieşte într-un raport corp la corp cu mama şi tata. Primele lui identificări vor depinde de vibraţiile atingerilor pe care le va integra la începutul vieţii.

Numeroase experienţe de senzaţii corporale interne (tensiune, foame, sete, senzaţii cenestezice, kinestezice) contribuie, de asemenea, la formarea şi la diversificarea progresivă a unei imagini corporale din ce în ce mai stabile şi mai recunoscute de către copil. Scrierile lui Wallon (1932, 1959, 1963) pun bine în evidenţă acest fenomen. Autori ca Boulanger-Balleyguier (1964, 1974), Dixon (1954), Zazzo (1948) au făcut studii asupra reacţiilor copilului în faţa oglinzii, demonstrând că în jurul vârstei de aproximativ un an şi jumătate copilul începe să-şi recunoască imaginea în oglindă.

Primul an de viaţă al copilului este în întregime axat în jurul imaginii corporale şi „simţul corporal rămâne pe toată durata vieţii o ancoră a conştiinţei de sine" (Allport, 1961). Spre sfârşitul primului an de viaţă, copilul poate achiziţiona un simţ al permanenţei Eului, deşi imaginea sa corporală este departe de a fi completă. Însă acesta nu este singurul pol important în dezvoltarea conceptului de Sine la această vârstă. În acelaşi timp ce imaginea corporală se structurează, alte imagini mai interioare emerg din primele relaţii afective (relaţiile de ataşament studiate de Bowlby) pe care le are copilul cu persoanele semnificative din mediul său, ce se traduc mai târziu în senzaţia de a fi iubit sau nu, de a fi bun sau rău, de a fi acceptat sau rejectat, de a fi sau nu capabil de a face diferite lucruri, de a intra sau nu în comunicare cu alţii etc., senzaţii numite apoi „stimă de sine".

Analiza făcută de G. H. Mead (1934) asupra „actului social", simbolisticii „gestului", schimburile vocale şi mimice dintre bebeluş şi adult arată rolul lor de catalizator în procesul de emergenţă a Eului.

b. Etapa de la 2 la 5 ani: confirmarea Eului

Limbajul este un factor important în stabilirea simţului identităţii în al doilea an de viaţă şi mai departe. Utilizarea progresivă a pronumelor personale şi posesive „eu", „al meu" indică nu numai o diferenţiere mai mare de celălalt, dar şi o conştiinţă de sine mult mai netă (Ames, 1952; Goodenough, 1938; Wallon, 1932), prin ceea ce copilul recunoaşte în el şi ceea ce el posedă.

Allport (1961) consideră că sprijinul lingvistic cel mai important dintre toate îl constituie propriul nume al copilului. Auzindu-şi mereu numele, copilul se consideră pe sine treptat un punct de referinţă distinct şi recurent şi începe să capete conştiinţa unui statut independent în grupul social. „Numele nostru este cald şi central, un simbol al întregii noastre fiinţe. Deşi numai un simbol, el este strâns legat de respectul de sine, ca şi de simţul identităţii de sine." (Allport, 1961, p. 63). Pe lângă nume, îmbrăcămintea, podoabele joacă un rol important în stabilirea identităţii de sine.

La nivelul comportamentului, copilul consolidează această conştiinţă de sine abordând negativismul, opoziţia, al căror succes constituie dovada individualităţii sale, ca şi senzaţia globală de valoare personală. Copilul întreprinde numeroase iniţiative personale pentru a-şi încerca sau verifica capacităţile.

Modul general al copilului de a comunica cu ceilalţi copii (Ames, 1952) arată, de asemenea, elaborarea progresivă a unei senzaţii mai solide a Eului: trecerea gradată de la schimburi mai marcante cu adulţii decât cu copiii la schimburi mai frecvente cu copiii decât cu adulţii – trecând prin retragere, comportamente posesive şi dominatoare – toate acestea relevă securitatea crescută, dar periodic fluctuantă, a copilului faţă de sine. Simţul de competiţie apare după vârsta de trei ani, odată cu simţul propietăţii.

Jocurile de alternanţă de roluri, comportamentele imitative foarte numeroase între 3 şi 5 ani indică în acelaşi timp nevoia copilului de a se identifica cu alte persone şi roluri şi nevoia de a se diferenţia mai mult prin structurarea unei senzaţii mai mari a identităţii de sine (Allport, 1961; Wallon, 1959, 1963).

Reacţiile anturajului la schimbările fizice şi intelectuale ale copilului şi la comportamentul său (în particular la negativismul său) se repercutează asupra evoluţiei senzaţiei de valoare personală, de competenţă, de capacitate. Printr-un proces de interacţiune, copilul ajunge să cunoască ce aşteaptă persoanele apropiate de la el şi să compare această aşteptare cu propriul său comportament.

c. Etapa de la 5 la 10–12 ani: expansiunea Eului

Acumularea progresivă a unei mari varietăţi de experienţe fizice, cognitive, afective şi sociale a condus în etapa anterioară la structurarea progresivă a conceptului de Sine. Acesta contituie un ansamblu de percepţii (corp, posesiuni, identificări, roluri, valori, calităţi) la care copilul se poate referi ca făcând parte din el însuşi. El simte că toate aceste elemente fac bine parte din el însuşi prin intermediul experienţelor cotidiene, care-l confirmă în mod regulat, prin intermediul diverselor roluri pe care şi le asumă deja şi reacţiile anturajului care întăresc percepţiile iniţiale. „Experienţele bulversante, reacţiile constant contradictorii ale mediului vor avea un efect contrar, făcând dificilă pentru copil achiziţionarea simţului de consistenţă internă, ce i-ar permite să se recunoască constant, în ciuda schimbărilor care se produc în cursul evoluţiei sale." (R. L'Ecuyer, 1978, p. 69).

Este necesar pentru copil să achiziţioneze această constelaţie minimă de percepţii de sine pentru a se putea recunoaşte, să-şi găsească asemănările şi diferenţierile cu primul său mediu de viaţă. Aceste prime imagini de sine-însuşi sunt de asemenea importante pentru asigurarea securităţii de bază, încrederii în sine, ce-i vor permite copilului să meargă spre alte medii.

Un alt mediu cu adevărat diferit în care copilulul va continua să evolueze începând cu vârsta de 6 ani este şcoala. Varietatea de experienţe noi care se prezintă copilului va face să apară la acesta o insuficienţă a sistemului său perceptual. Conceptul său de Sine, compus până aici dintr-o varietate de puncte de referinţă, trebuie să se lărgească, să se deschidă pentru a integra aceste noi experienţe. „Iată de ce, această perioadă este numită expansiunea Eului." (R. L'Ecuyer, 1978, p. 70).

Modul de a se raporta la noii colegi şi reacţiile acestora faţă de sine, calitatea comunicării cu noile figuri adulte (profesorii), toată viaţa şcolară (academică, sportivă, socială) aduc copilului noi experienţe de integrat. El trebuie să-şi asume noi roluri şi să răspundă la noi tipuri de aşteptări. Noile experienţe cer, în acelaşi timp, o reajustare a percepţiilor deja existente despre el însuşi şi integrarea noilor percepţii: bun la o activitate, mai puţin bun la alta; comunicare pozitivă cu unii, negativă cu alţii etc.

În această perioadă apare ceea ce Allport numea „Eul ca factor raţional" (1961). Când copiii intră în societatea colegilor, ei capătă o lecţie aspră de „testare a realităţii". Ei învaţă să urmeze regulile grupului, pe care le consideră absolut obligatorii. Momentul în care copilul începe să fie capabil să-şi subordoneze şi să sacrifice interesele sale intereselor grupului (în jurul vârstei de 8-9 ani) marchează o nouă etapă în evoluţia conştiinţei de sine. Copilul nu are încă un factor moral independent şi se simte comod doar dacă se extinde pe sine în cadrul grupului şi dezvoltă o imagine de sine a unui bun conformist.

Este deci o perioadă intensă în care se acumulează şi se ierarhizează progresiv o varietate de imagini de sine, lărgind sensul identităţii şi repercutându-se de asemenea asupra acceptării de sine (stimei sau valorii de sine): percepţiile de sine în termeni de capacităţi şi aptitudini, calităţi şi defecte, gusturi şi interese, imagini sociale (rol, statut, apartenenţă), de bun sau rău, de competenţă sau incompetenţă etc. Organizarea internă a acestor numeroase experienţe în termeni de percepţii de sine şi consecinţele în termeni de semne ale identităţii şi de valorizare pozitivă sau negativă de sine sunt puternic influenţate de sentimentul de apartenenţă şi în special de ajutorul pe care-l pot acorda părinţii şi profesorii prin atitudinea lor faţă de copil.

P. Coopersmith (1988), realizând un studiu asupra estimării de sine în copilărie, a identificat două categorii de factori care ar putea influenţa evoluţia Eului:

– respectul, acceptarea, atenţia de care se bucură un copil din partea unor persoane semnificative din viaţa lui;

– succesele/ insuccesele individuale, statutul, poziţia socială, realizările individuale –influenţează în mod considerabil structura imaginii de sine.

Acest autor a constatat că elevii care au un nivel mai ridicat de evaluare a Eului au un statut mai stabil, obţin mai des rezultate şcolare bune, îşi găsesc mai uşor prieteni şi au, în general, următoarele caracteristici:

– au o mai mare încredere în forţele proprii, în gândurile, judecăţile proprii;

– formulează şi îşi apără propriile opinii chiar dacă constată diferenţe între ei şi semenii lor;

– se simt mai independenți social;
– sunt mai creativi, mai ingenioși, mai curajoși;
– când sunt în grup le place mai mult să se implice în acțiune decât să fie simplii spectatori;
– sunt foarte sociabili.

Imaginea de sine în copilărie este puternic influențată de: gradul de acceptare a copilului de către părinți și profesori, afecțiunea manifestată de aceștia, sistemul de recompense și pedepse utilizat, nivelul realizărilor personale, consecvența în respectarea unor reguli, norme de comportament, modul în care copilul în familie și apoi la școală este consultat în luarea unor decizii care privesc și statutul său, independența de care se bucură copilul, oferirea copilului de idei clare despre drepturile și obligațiile lui, astfel încât să facă diferența dintre ceea ce dorește și ceea ce poate realiza.

Este bine cunoscut faptul că, în copilărie, un mediu familial caracterizat prin abuz sever și neglijență conduce la dificultăți în integrarea informațiilor despre sine și alții, ceea ce se manifestă prin divizare interioară sau tendințe disociative (Cole și Putman, 1992; Gleaves, 1996; Ross, 1997; Sable, 1997). Traumele precoce, neglijența și abuzul este posibil să ducă la o fragmentare precoce a Eului copilului, ceea ce-i va colora percepțiile interpersonale de-a lungul întregii vieți.

d. Etapa adolescenței (de la 10-12 la 15-18 ani): diferențierea Eului

Adolescența este un moment critic în formarea conceptului de Sine. Această perioadă este marcată de schimbări fizice, cognitive și sociale care afectează modul în care indivizii se percep pe ei înșiși. Pe de altă parte, adolescenții au de integrat percepțiile lor cu acelea ale altor persoane semnificative: membrii familiei, egalii, profesorii, grupurile comunitare.

Unul dintre factorii importanți implicați în procesul de reformulare și diferențiere a conceptului de Sine este maturizatea fizică și genitală. Adolescenții trăiesc un fel de criză a imaginii corpului. În cursul a câțiva ani corpul adolescentului se schimbă total: dimensiunea, greutatea, caracterele și funcția sexuală, forța musculară și agilitatea în mișcări – toate acestea se întâmplă cu o rapiditate care nu întotdeauna îngăduie o elaborare și o integrare adecvate. În această schimbare a adolescentului, modul de reprezentare internă nu poate ține pasul cu saltul pe care îl face maturizarea fizică, menținând o întârziere care se reflectă apăsător asupra sentimentului de continuitate și de coerență a propriei persoane și accentuează perplexitatea și neputința (G. P. Guaraldi). Experiența corporalității în adolescență poate fi caracterizată ca obositoare, dificilă și poate inspira idei dismorfice chiar și la un adolescent normal.

Psihanaliștii Melanie Klein, Anna Freud, D.W. Winnicott au văzut în aceste modificări fiziologice sursa perturbărilor în echilibrul psihic al adolescentului. Din punct de vedere psihodinamic, imaginea corpului este bulversată în mai multe domenii:

– corpul ca reper spațial – adolescentul este confruntat cu transformările acestui instrument de măsură și de referință în raport cu mediul, care este percepția propriului său corp;

– corpul ca reprezentant simbolic – prin modul cum el este utilizat, pus în valoare sau neapreciat, iubit sau detestat, sursă de rivalitate sau de sentiment de inferioritate, îmbrăcat sau uneori deghizat, corpul reprezintă pentru adolescent un mijloc de expresie simbolică a conflictelor sale sau ale modurilor sale relaționale.

– corpul şi narcisismul – făcând parte dintr-un ansamblu mult mai general de hiperinvestire de sine, interesul pe care-l are în unele momente adolescentul pentru corpul său ilustrează prezenţa uneori preponderentă a dimensiunii narcisice în funcţionarea mentală la această vârstă (M. Vincent, 1982);

– corpul şi sentimentul de identitate – sentimentul de bizarerie sau înstrăinare pe care-l au mulţi subiecţi la această vârstă apropo de corpul lor este datorat sentimentului de a nu se putea identifica într-o manieră sigură cu noul lor corp.

Adolescentul este deci confruntat cu o serie de modificări corporale care survin într-un ritm rapid şi pe care îi este dificil să le integreze.

Interesul pentru propriul corp este mai puternic în preadolescenţă (perioada de vârstă cuprinsă între 10–12 şi 14 ani). Puberul acceptă cu dificultate pierderea proporţiilor somatice, aspectul vocii în schimbare, eventuala acnee. Mai ales fetele (dar şi băieţii) sunt afectate de plusurile ponderale. Preadolescenţa este vârsta de predilecţie a debutului anorexiei mintale. „Transformările somato-endocrine corespund unor modificări şi dereglări ale echilibrului hormonal, umoral şi vegetativ cu efecte fireşti asupra comportamentului preadolescentului: iritabilitate, irascibilitate, instabilitate crescută, labilitate emoţională şi neurovegetativă. Preadolescentul roşeşte cu uşurinţă, are palmele umede, prezintă oscilaţii ale capacităţii de efort şi activismului în general, tahicardie, palpitaţii; aceste particularităţi fiind trăite cu un sentiment de jenă şi insatisfacţie" (V. Milea, 1988, p. 134). El trebuie să ajungă să accepte aceste transformări, în vederea unei adaptări valabile la propriul sex şi la sexul opus.

La adolescent (14–18 ani) se produce un fenomen de interiorizare şi restructurare a imaginii corporale. Imaginea propriului corp este acum elaborată de pe noi poziţii – ea se raportează tot mai acut la opinia celorlalţi, la modelele valorizate social şi, în special, la implicaţiile ei în contextul relaţiei tot mai strânse cu sexualitatea. Această integrare a imaginii corporale contribuie la valorizarea de sine, ca şi la consolidarea sensului identităţii de sine.

Căutarea unei identităţi de sine este şi mai evidentă în lupta pentru cucerirea unei autonomii personale. Adolescentul caută să se afirme, să se distingă de părinţii săi, printr-o dorinţă de independenţă materială, prin dezvoltarea unor trăsături de caracter, unor moduri de a gândi (ideologie, filosofie de viaţă) şi de a se comporta mai personalizat, mai distinct de modelul părinţilor săi şi al altor adulţi care-l înconjoară. Binecunoscutul spirit de revoltă al adolescentului este puternic legat de căutarea identităţii. În prima parte a perioadei, adolescentul ştie în special ceea ce nu vrea şi nu-i convine şi aceasta este în primul rând dorinţa de a nu mai fi considerat copilul ascultător, supus şi naiv.

H. Wallon vorbea de „criza de originalitate juvenilă", când adolescentul îşi construieşte şi-şi exprimă cu aroganţă, dezinvoltură şi intransigenţă punctul său de vedere, îşi impune cu ostentaţie voinţa, dramatizează situaţiile şi se comportă extravagant. El caută cu tot dinadinsul să se particularizeze, să fie original chiar până la ridicol. În acest timp, adolescentul începe să simtă teama de a nu fi acuzat de conformism şi neîncrederea intimă în sine şi în puterile sale, sentimente pe care are tendinţa să le disimuleze.

Experienţa de separare de persoanele influente din copilărie, schimbările în modelele relaţionale, proiectele şi plăcerile elaborate în comun, sunt apropiate de psihanalişi unui travaliu de doliu. Travaliul adolescenţei, ca şi acela al doliului, constă

într-o „pierdere a obiectului" (în sens psihanalitic al termenului), pierdere a „obiectelor infantile", care poate fi analizată, în mod schematic, la două nivele:

1) pierderea „obiectului primitiv" mai întâi, comparându-se adesea adolescenţa cu mica copilărie (faza de separare de obiectul matern); citându-i în acest sens pe E. Kestemberg, D. Meltzer şi J. F. Masterson, care, preluând terminologia lui M. Maher, vorbesc despre a doua fază a procesului de „separare – individuare";

2) pierderea „obiectului oedipian" încărcat de dragoste, ură, de ambivalenţă: adolescentul este mânat de „cucerirea independenţei sale, de eliberarea de sub autoritatea parentală şi de lichidarea situaţiei oedipiene" (A. Haim). Imagoul parental idealizat, sentimentul de a putea realiza totul („idealul megalomaniac infantil"), proiectate de-a lungul copilăriei asupra părinţilor, sunt retrase datorită dorinţei de autonomie, prin întâlnirea altor idealuri şi printr-o mai bună percepţie a realităţii.

Pe de altă parte, indeterminarea încă considerabilă a rolurilor în această perioadă, îl obligă pe adolescent, în această căutare de el-însuşi, la identificarea temporară, dar puternică, cu grupul de egali, pentru a contrabalansa percepţiile şi aşteptările adultului faţă de sine. Rene L'Ecuyer (1978) crede că există aici o analogie cu perioada situată între 2 şi 5 ani. În acel moment, identificarea cu adultul avea un efect de securizare internă până la dovada unei anume identităţi personale. La adolescenţă, identificarea cu grupul de egali are un efect asemănător de fortificare a identităţii de sine prin raport la părinţi şi la adulţi: se îmbracă, gândeşte şi acţionează ca şi grupul. Totuşi, pentru a ajunge la o identitate de sine mai completă, la un concept de Sine mai autentic, această diferenţiere Eu – părinţi va trebui să fie urmată de o diferenţiere Eu – celălalt (celălalt = grupul de egali).

Această căutare de sine, această accentuare constantă a distincţiei Eu – celălalt nu se realizează fără dificultate. Ambivalenţa este puternică datorită presiunilor sociale. Aceasta este pusă în evidenţă de cercetările lui Long, Yiller şi Henderson (1968), din care au reieşit întoarceri temporare la identificările parentale, paralel cu nevoia de a se identifica cu grupul de egali. Cercetările lui Coopersmith (1967) şi ale lui Rosenberg (1965) arată existenţa unei relaţii strânse între stima de sine şi mulţimea celorlalte variabile care sunt percepţiile părinţilor, ale profesorilor, ale grupului de egali etc., arătând importanţa rolului celuilalt în cucerirea identităţii personale, în organizarea progresivă a unui concept de Sine personalizat.

Din cercetările lui Rene L'Ecuyer (1990, 1993) se constată că în perioada adolescenţei apar numeroase fluctuaţii şi diferenţieri la nivelul imaginii corporale, ale percepţiilor de sine în termeni de gusturi şi interese, ale aspiraţiilor, calităţilor şi defectelor, ale capacităţilor şi aptitudinilor, ca şi fluctuaţii în planul percepţiilor de sine în termeni de roluri şi statut, consistenţă, ideologie, precum şi la nivelul dimensiunilor sociale (percepţii de sine prin raport la alţii) şi adaptări ale Eului: ambivalenţă, dependenţă, autonomie etc. Acestea sunt reformulări numeroase ale diverselor paliere ale conceptului de Sine, care vor permite adolescentului să parvină progresiv la un concept de El-însuşi mai stabil, mai coerent şi mai securizant, deoarece este mai personalizat. Autorul a constatat că o caracteristică cu totul nouă a percepţiilor de sine, începând cu adolescenţa, este nivelul lor de conceptualizare. De-a lungul copilăriei diferitele percepţii de sine verbalizate de către copil erau prezentate ca piese detaşate, fără veritabile legături conştiente între ele. „Începând cu vârsta de 12 ani, ceea ce frapează sunt multiplele

nuanțe pe care adolescenții le fac între diversele percepții de sine, numeroasele relații pe care aceştia le stabilesc între unele percepții de ei înşişi. Conceptul de Sine devine un veritabil tot, conştient organizat şi ierarhizat plecând de la o infinitate de relații între diversele percepții şi diferențierile unora în raport cu altele. În plus, adăugarea de noi dimensiuni constituie un efort suplimentar de discriminare mai mare între percepțiile despre el însuşi" (Rene L'Ecuyer, 1993, p. 82). Rezultatele studiilor sale asupra dezvoltării conceptului de Sine conduc în mod clar la ideea unei reorganizări progresive a conceptului de Sine în adolescență, prin raport cu copilăria. Conceptul de Sine tinde a se organiza mult mai specific în jurul a trei structuri care devin prioritare: Eul Personal, Eul Adaptativ şi Eul Social, acestea traducând o intensă căutare interioară, necesitatea de a se adapta la situații noi.

Confruntarea cu viața academică în pregătirea viitorului său îl obligă pe adolescent la diferențieri interioare din ce în ce mai rafinate şi nuanțate: identificări din ce în ce mai precise la capacitățile şi aptitudinile sale, la talentele sale, la tot ceea ce poate contribui la dezvoltarea unui sens al competenței personale.

O serie de autori (Allport, 1961; Erikson, 1968 etc) consideră că pentru adolescent nucleul problemei identității este alegerea unei ocupații sau a unui scop în viață. A. Maslow credea că nevoia de stimă de sine (a patra din piramida nevoilor) poate fi cel mai bine desăvârşită de adolescent prin învățarea unor abilități profesionale sau angajându-se în activități care smulg priviri pozitive de la ceilalți.

Această dimensiune a viitorului lipsea total în copilărie. Spre deosebire de preadolescent, care se mărgineşte la a-şi construi o imagine de sine pornind doar de la situații, evenimente, întâmplări sau confruntări trăite nemijlocit, adolescentul depăşeşte granița prezentului, luând în considerare viitorul, căutând să-l anticipeze. În adolescență scopurile de largă perspectivă şi îndepărtate în timp adaugă o nouă dimensiune simțului identității. Este vorba de ceea ce Allport numea „efortul personal central", ultima etapă a dezvoltării Eului. Autorul consideră că, pentru a fi normal, un adolescent are nevoie de un obiectiv definitoriu, de o perspectivă în care să spere. Este nevoie să fie prezentă o temă centrală pentru efort şi nu ca scopurile să fie fixate rigid. „Până când tânărul nu începe să-şi facă planuri, simțul Eului nu este complet" (Allport, 1961).

În acelaşi timp, „adolescentul depăşeşte etapa simplei descoperiri şi cunoaşteri de sine, trecând la efortul conştient de autoeducare, perfecționare şi valorizare socială" (V. Milea, 1988, p. 160). Transformând conştiința de sine în factor de autocontrol, reglare şi dirijare a întregului său comportament, în „pârghie a socializării" sale conştiente, adolescentul se ia tot mai mult în stăpânire pe sine, edificându-se în conformitate cu năzuințele şi aspirațiile devenirii sale.

Conceptul de Sine este un văzut ca un fel de ancoră prin care experiențele de viață sunt relatate şi, de aceea, un concept de Sine instabil şi fluctuant duce la un cadru de referință sărac pentru a face legătura cu noile experiențe. Această instabilitate este mai pronunțată de-a lungul adolescenței timpuri (Rosenberg, 1986; Trzesniewski, Donnellan şi Robins 2003). Ea poate fi datorată în parte schimbărilor cognitive care au loc în această perioadă, centrării crescute pe sine, ca şi tendinței crescute de a se compara cu alții (Harter, 1999).

Fluctuațiile conceptului de Sine pot reduce abilitatea de a face față stresului în perioada adolescenței. În plus, în acord cu Rosenberg (1979, 1986), un concept de Sine

incert este experimentat de către adolescenţi ca un distres psihologic. Iar cei ce au un concept de Sine intern neclar sunt mai susceptibili în a fi influenţaţi de informaţiile externe despre cum sunt ei percepuţi de alţii (Campbell, 1990).

În adolescenţa târzie şi prima perioadă a vârstei adulte judecăţile de sine şi evaluările de sine sunt fundate pe standarde şi credinţe interne ce încep să devină mai independente şi aceasta sugerează că posibilitatea crescută de cunoaştere de sine dezvoltă percepţii de sine mai stabile (Crain, 1996; Harter, 1983, 1996). Începând cu această perioadă creşte nivelul global al stimei de sine, ca şi simţul valorii personale (Harter, 1998; Rosenberg 1979).

3.2. Identitatea de sine la adolescent

Erik Erikson (1963, 1968) descrie opt stadii ale dezvoltării personalităţii, ce implică fiecare un conflict între două emoţii – una pozitivă şi sănătoasă şi alta negativă şi nesănătoasă – pe care omul trebuie să îl rezolve. Chiar dacă fiecare conflict bipolar ia câte un loc în dezvoltare, el poate reapărea după ce a fost experimentat pentru prima oară. Erikson consideră că în pubertate şi în adolescenţă toate strategiile de relaţionare cu lumea stabilite în perioadele anterioare ale copilăriei sunt mai mult sau mai puţin puse sub semnul întrebării, din cauza rapidităţii creşterii corporale şi maturizării genitale.

O identitate de sine pozitivă sau negativă este dezvoltată în timpul copilăriei ca rezultat al modului cum au fost mânuite crizele. Rezolvarea pozitivă a crizelor de început, cum ar fi încredere versus neîncredere, întreprindere (acţiune) versus inferioritate, ajută persoana să facă faţă în mod pozitiv crizelor de identitate ce se produc în adolescenţă.

Acest stadiu al dezvoltării personalităţii din adolescenţă, numit de Erikson „identitate versus confuzie de rol", se referă în special la alternanţa dintre statutul de copil şi cel de adult. Adolescentul intră în ceea ce Erikson numeşte „moratorium psihologic" – o prăpastie între securitatea copilului şi noua autonomie a adultului. Noi identităţi încep să devină disponibile din câmpul cultural şi adolescentul poate experimenta diferite roluri, încercându-l pe fiecare şi văzând care i se potriveşte. Adolescenţii experimentează diferite identităţi prin rolurile pe care şi le asumă. Tinerii care fac faţă cu succes acestor identităţi alternative şi conflicte din timpul adolescenţei îşi formează un nou simţ al Eului. Erikson consideră că, pentru a-l sprijini pe adolescent în obţinerea unui simţ puternic de identitate a Eului, adulţii trebuie să-i asigure o mare libertate în asumarea rolurilor. În efortul de a-şi găsi un Eu coerent, unificat, adolescenţii sunt adesea preocupaţi de modul cum apar în ochii altora şi se întreabă cum să corecteze primele lor roluri şi abilităţi cu viziunile lor noi, idealizate, despre ei înşişi şi despre alţii.

Autorul credea că, din punct de vedere teoretic, toţi adolescenţii trec prin crize de identitate şi unii sunt capabili să-şi rezolve crizele mai uşor ca alţii. Echivalentul patologic al crizei normale a adolescentului ar fi, în viziunea lui: confuzia de identitate şi pierderea identităţii de sine.

1. Confuzia de identitate

Sub acest termen, Erikson descrie diferite tulburări observate la tinerii „incapabili să îmbrăţişeze rolurile" oferite de societatea în care trăiesc şi de a-şi crea şi menţine pentru ei un „moratoriu specific şi personal." Semnele unei confuzii de

identitate acute apar în momentul în care adolescentul se găseşte confrundat cu o serie de experienţe care cer o alegere sau un angajament: alegerea unei persoane cu care să împartă intimitatea fizică şi afectivă, alegerea profesională decisivă, angajarea într-o competiţie energică, alegerea unei definiţii psihosociale despre el însuşi. Astfel, prima caracteristică este de a nu se angaja într-o manieră autentică împreună cu ceilalţi în stabilirea unei intimităţi plăcute, fie că este vorba de prietenie, de flirt sau de dragoste. Adolescentul caută atunci intimitate cu prietenii cei mai ciudaţi sau se izolează total. Sentimentul său de continuitate, de identitate interioară se dezintegrează şi este acompaniat de un sentiment de umilire şi de incapacitatea de a încerca o senzaţie de reuşită în timpul unei activităţi.

O altă atitudine este de dezinteres pentru timp ca dimensiune a vieţii. Adolescentul se poate simţi în acelaşi timp foarte tânăr şi foarte bătrân, fără nicio posibiliatete de a uni aceste două extremităţi. La acest dezinteres se adaugă uneori o veritabilă dorinţă de a muri, care poate merge până la gesturi suicidare. Se observă şi o incapacitate de a se concentra pe diferite sarcini, o dezorganizare a simţului muncii.

Acest tablou se completează prin alegerea unei „identităţi negative" sau o „identitate în mod pervers plasată pe toate identificările şi rolurile care, la stadiile anterioare, fuseseră prezentate ca indezirabile sau periculoase." Această identitate negativă se exprimă adesea printr-o ostilitate dispreţuitoare şi pretenţioasă faţă de rolurile pe care familia şi anturajul le recomandă. Ea reprezintă o tentativă disperată pentru a stăpâni o situaţie în care sentimentele disponibile de identitate pozitivă se anulează unele pe altele.

O stare de disperare, episoade de delicvenţă sau manifestări ce se găsesc la un pas de psihoză pot constitui conduite simptomatice ale acestei confuzii de identitate. Erikson crede că, dacă sunt diagnosticate şi tratate corect, aceste incidente nu au aceeaşi semnificaţie fatală pe care o au la alte vârste.

2. Criza de identitate

După Erikson, confuzia de identitate nu reprezintă, în fapt, decât alienarea, agravarea patologică, prelungirea exagerată a unei crize care aparţine acestui stadiu particular de dezvoltare, adolescenţa şi începutul vârstei adulte. El numeşte această perioadă „criza de identitate" şi consideră că ea este inevitabilă, la o perioadă din viaţă unde proporţiile corporale se schimbă în mod radical, unde pubertatea genitală submerge corpul şi imaginaţia, cu toate tipurile de impulsuri, unde intimitatea cu celălalt sex este uneori impusă cu forţa tânărului şi unde viitorul imediat îl confruntă pe adolescent cu un număr mare de posibilităţi şi alegeri.

Această criză de identitate este legată de căutarea unui nou sentiment de continuiate şi unitate a trăirii care trebuie să includă mai ales maturitatea sexuală. Dar această „identitate finală" nu poate să se instaleze înainte de a fi, încă o dată, confruntată cu multiplele crize de dezvoltare din primii ani. Totuşi, contextul este diferit de cel din copilărie. Societatea este cea care dă acum limitale şi exigenţele sale, şi nu mai este familia.

Manifestările acestei crize de identitate la adolescent vor depinde deci de derularea crizelor de identitate anterioare. Erikson descrie chiar diferite tipuri de adolescenţi, după prevalenţa unui anume stadiu anterior în construirea identităţii:

– *Adolescentul în căutarea idealului* – dacă primul stadiu de dezvoltare a lăsat moştenire crizei de identitate o importantă nevoie de încredere în sine şi în ceilalţi,

adolescentul se va teme de un angajament superficial sau va face dovada unei neîncrederi excesive. El va căuta cu fervoare oameni şi idei cărora să le acorde încrederea sa.

– *Adolescentul voluntar* – dacă al doilea stadiu, caracterizat prin lupta pentru autonomie, a fost prevalent, adolescentul va fi speriat de orice constângere sau contrarietate. Aceasta va conduce la un comportament paradoxal de a face indiferent ce, cu singura condiţie ca aceasta să fie după libera sa alegere.

– *Adolescentul funcţionând în imaginar şi în iluzie* – moştenirea vârstei ludice domină prin imaginaţia nelimitată cu privire la ceea ce ar putea deveni, care va furniza un câmp de acţiune imaginar, chiar iluzoriu, unui mare număr de adolescenţi. Ei vor suporta foarte dificil orice limitare a evantaiului imaginar al propriilor imagini de sine şi vor face dovada unor ambiţii nemăsurate, uneori puternic culpabilizante.

– *Adolescentul ideolog* – la vârsta şcolară (plecând de la 6 ani), copilul e condus de dorinţa de a face să funcţioneze ceva şi de a-l face să funcţioneze cum trebuie. Adolescenţii ce se raportează puternic la această vârstă îşi vor căuta satisfacţiile şi identităţile într-o activitate sau o profesie, unde toate problemele materiale de statut, de renumeraţie vor trece pe plan secund raportat la valoarea acestei activităţi şi acestei profesii.

În cursul acestei crize, „identitatea trebuie să fie căutată. Identitatea nu este dată persoanei de către societate, nici nu apare ca un fenomen de maturizare, ca părul pubin. Ea trebuie să fie achiziţionată traversând eforturi individuale intense. Este o sarcină cu atât mai dificilă, pentru că în adolescenţă trecutul este pe cale să se şteargă, cu pierderea ancorajului în familie şi în tradiţie, prezentul se va caracteriza prin schimbări sociale şi viitorul devine mai puţin previzibil." (E. Erikson, 1968, p. 67).

Philippe Gutton, în „Dicţionarul psihopatologiei copilului şi adolescentului" (2000), stipulează că, în varianta fericită, perioada crizei care acompaniază transformările fiziologice şi psihologice din adolescenţă duce la un nivel de organizare şi funcţionare psihică superioară celei care exista înainte de criză. Acest câştig se traduce în particular printr-o mai mare autonomie faţă de lumea exterioară şi o mai bună diferenţiere faţă de sine şi altul. Varianta nefericită, semnificând intrarea în patologie, este regresia, adică instalarea în modalităţi de funcţionare de mai proastă calitate în comparaţie cu ceea ce era înainte de criză, cu cortegiul său de expresii simptomatice. „Între cele două poate fi descrisă o poziţie intermediară, instabilă prin definiţie, un fel de stare de criză care nu s-a finalizat, unde calea progresului, ca şi a regresiei par şi una şi cealaltă ca tentante şi totuşi de neclintit." (Gutton, 2000, p. 24).

Ca şi Erikson, M. Rosenberg (1965) – un alt autor care s-a ocupat de studiul identităţii de sine la adolescent – consideră că este necesar să se acorde o atenţie specială adolescenţilor cu o stimă de sine scăzută, deoarece ei experimentează o anxietate considerabilă şi au dificultăţi în relaţiile interpersonale. În viziunea lui Rosenberg, o stimă de sine scăzută este legată de un distres interior în mai multe moduri. Un adolescent cu o stimă de sine scăzută are o slabă viziune despre identitatea sa şi nu are un cadru de referinţă adecvat pentru el însuşi şi ceilalţi. Acest adolescent este adesea singur şi vulnerabil, este sensibil la critică, devine tulburat atunci când simte că e inadecvat într-un anume mod. Adolescenţii cu stimă de sine scăzută sunt adesea stângaci în relaţiile interpersonale, presupun adesea că ceilalţi nu-i plac şi participă rareori la activităţi extracuriculare, discuţii în clasă şi la conversaţii informale.

Analizând teoria identității în adolescență a lui Erikson, James Marcia (1966, 1980) consideră că există patru stadii ale identității: difuzia identității, identitate prescrisă, moratorium și realizarea identității. Marcia definește crizele ca perioade în timpul cărora adolescentul alege din mai multe alternative, iar obligația (angajamentul) ar fi o extindere prin care adolescentul arată o investire personală în ceea ce el face sau nu face.

Adolescenții clasificați cu *identitate difuză (sau confuză)* nu au experimentat niciun angajament (ei nu au explorat alternative semnificative) și nu au făcut nicio obligație. Nu numai că ei sunt indeciși asupra alegerilor ocupaționale și ideologice, dar arată și puțin interes în acest sens.

Adolescenții ce experimentează *identitatea prescrisă* au făcut un angajament, dar nu au experimentat o criză. Aceasta se întâmplă mai ales când părinții dau obligații adolescenților, dar nu într-o manieră autoritară. În această circumstanță, adolescenții pot să nu aibă suficiente oportunități pentru a explora diferite ideologii, concepții și vocații în modul lor propriu. Unii experți în adolescență, cum ar fi Kenneth Kenniston (1971) cred că experimentarea unei crize este necesară pentru dezvoltarea maturității și identității de sine integrate.

Identitatea de tip moratorium caracterizează adolescenții aflați în mijlocul unei crize, dar angajamentul lor este aproape în întregime absent sau numai vag definit. Unii adolescenți sunt în căutarea unor angajări prin chestionarea activă a unor alternative.

Adolescenții ce au trecut printr-o criză și au realizat și un angajament au o *identitate realizată.* Cu alte cuvinte, pentru a atinge un statut de identitate realizată, este necesar ca adolescenții să experimenteze mai întâi un moratorium și apoi să realizeze un angajament. Realizarea identității vine pe măsură ce adolescentul înaintează în vârstă. Cei din prima adolescență au mai curând o identitate difuză.

Studiile lui Marcia arată că adolescenții băieți își formează identitatea prin alegeri ideologice și vocaționale, în timp ce fetele își formează identitatea prin relații interpersonale.

Factori ce influențează formarea identității

Părinții au o mare influență în dezvoltarea identității: de la alegerea rolurilor sexuale și vocaționale până la alegerea ideologiei morale, politice și religioase. Interesează aici dacă părinții le-au oferit adolescenților oportunități de a explora soluții alternative la probleme sau au luat decizii în locul lor, într-o manieră autoritară; dacă ei sunt activ interesați și implicați în problemele adolescenților sau neinteresați, neimplicați sau rezervați; dacă i-au încurajat pe adolescenți să-și dezvolte aptitudinile și interesele sau nu. Se consideră că o dependență excesivă dintre copil și părinte, neglijarea emoțională a copilului de către părinte, precum și traumele timpurii nu-i permit adolescentului să-și formeze un simț de individualitate unică, cunoașterea de sine fiind săracă.

Colegii (egalii) au de asemenea o contribuție importantă în dezvoltarea identității de-a lungul adolescenței. Discuțiile cu egalii aduc oportunități importante în explorarea alternativelor pe care adolescenții simt că părinții nu le aprobă sau se tem să le discute. Așteptările pe care le au de la egalii lor și feed-back-ul pe care aceștia li-l dau sunt elemente importante în dezvoltarea identității. Relațiile cu egalii sporesc simțul de apartenență și stima de sine și contribuie la obținerea identității individuale.

Grupul de egali poate fi văzut atât ca intermediar sau mediator al sistemelor de identificare şi identitate şi poate fi de asemenea un loc de externalizare a diferitelor părţi din adolescent.

Pentru autorii care adoptă punctul de vedere al dezvoltării, grupul ar juca un rol mult mai important la începutul adolescenţei (13–15 ani) decât la sfârşitul său. Dincolo de diversele funcţii în procesul adolescenţei, grupul poate avea de asemenea o funcţie în domeniul psihopatologiei. Astfel, Winnicott subliniază că grupul poate fi utilizat de adolescenţi pentru „a traduce în real propria lor simptomatologie în germene". Aceasta explică de ce un grup se identifică cu plăcere cu membrul său cel mai bolnav: dacă într-un grup este un adolescent depresiv sau delicvent, grupul în totalitate manifestă dispoziţie depresivă sau este ca acest delicvent. „Fiecare individ va fi loial şi-l va susţine pe cel care vrea să acţioneze pentru grup, deşi niciun individ n-ar fi aprobat ceea ce face acest personaj foarte antisocial" (D. W. Winnicott, 1975, p. 88).

Şcoala şi profesorii au şi ei un impact în dezvoltarea identităţii, ca şi clasa socială, rasa şi condiţiile socio-politice.

Ceea ce caracterizează raportul adolescenţilor cu adulţii este prezenţa unei duble expectaţii din partea lor: de a fi trataţi ca fiind mari şi mici în acelaşi timp. Ei doresc să fie ascultaţi şi susţinuţi, dar şi să fie luaţi în serios ca persoane care tocmai se pregătesc să devină adulţi. Răspunsul la această expectativă nu este uşor, pentru că familia şi profesorii nu pot întotdeauna să joace în cele două registre simultan.

„E util însă ca adolescenţii să întâlnească confruntări cu realitatea şi ca adulţii să le ceară să se poziţioneze fie între cei „mari", fie între cei „mici", evitând jocul continuu între cele două planuri. Pentru adolescent, tensiunea între a fi mare şi a fi mic trebuie să devină internă şi trebuie să poată fi elaborată în limitele identităţii personale. Dacă însă este mereu disponibil un canal pentru a se exterioriza, dacă este tolerată mereu ambiguitatea, copilul va fi privat de posibilitatea unei adevărate întâlniri cu realitatea" (A. Fabrini, A. Melucci, 1994, p. 141).

Semne ale unei formări complete şi incomplete a identităţii

Multe dintre problemele vieţii sunt accentuate atunci când identitatea persoanei este slabă şi succesele în viaţă există când identitatea este puternică. Redau mai jos câteva dintre semnele unei identităţi complete, respectiv incomplete (după L. Scoresby şi A. Price, 1991). Autorii consideră că o persoană are o identitate complet formată atunci când ea este:

- înalt productivă;
- are un puternic simţ al autocontrolului;
- are relaţii interpersonale satisfăcătoare;
- are multe emoţii pozitive;
- este asertivă;
- acceptă responsabilităţi.

Iar o persoană cu o identitate incomplet formată se recunoaşte după următoarele semne:

- este puţin productivă;
- depresie;

• instabilitate în relaţiile cu ceilalţi;
• înalt anxioasă şi furioasă;
• îşi asumă prea multe vini;
• este influenţabilă;
• inhibiţie.

L. Scoresby şi A. Price declară că, pentru a ne simţi securizaţi şi încrezători în ceea ce facem, este necesar să învăţăm abilităţi care să ne permită să menţinem un puternic simţ al identităţii.

– Una dintre acestea este *simţul de autocontrol,* care este menţinut prin conştientizarea că noi alegem ce să facem şi suntem responsabili pentru aceasta.

– Identitatea este menţinută şi prin *condiţia de separare,* care reprezintă separarea gândurilor şi sentimentelor noastre de actele celorlalţi oameni, ceea ce îndepărtează falsele legături dintre noi şi ceilalţi.

– Menţinerea unui puternic simţ al identităţii este îndeplinit când învăţăm *să fim expresivi*, adică să spunem tot ceea ce gândim şi simţim în fiecare dintre situaţii. Aceasta ne face să ne simţim mult mai liberi şi mai pozitivi decât dacă nu am putea vorbi despre gândurile şi sentimentele noastre.

3.3. Normalitate şi patologie în adolescenţă

Adolescenţa nu poate fi văzută doar ca o fază de tranzit între copilărie şi viaţa adultă, având ca obiectiv ultim maturitatea, ci ca o perioadă a ciclurilor vieţii. În această perioadă se produc procese specifice de transformare ce privesc dimensiunea corporală şi mentală, relaţiile cu ceilalţi şi cu lumea. Adolescenţa începe în momentul în care se produc aproape sincron modificări privind maturizarea în trei arii importante:

– maturitatea fizică (achiziţionarea capacităţii de a procrea);

– maturitatea socială (persoana are nevoie de mai puţină protecţie din partea familiei, având chiar capacitatea de a se întreţine socio-economic);

– maturitatea psihologică (capacitatea de a se elibera de dependenţa psihologică de părinţi, căutarea independenţei şi autosuficienţa; identificarea propriului Eu independent de figurile genitoare interiorizate).

Mai mult decât la orice altă vârstă a vieţii, problema normalului şi patologicului se pune cu acuitate în adolescenţă. Această perioadă a vieţii este caracterizată prin multe schimbări, fluctuaţii, care-i dau un aspect tumultos, de bulversare şi criză, fără ca să fim autorizaţi însă să vorbim de patologie: diagnosticul diferenţial dintre bulversarea din adolescenţă şi adevărata patologie devine o sarcină dificilă: „există o legătură între manifestările adolescentului normal şi diverse tipuri de persoane bolnave:

– nevoia de a evita orice soluţie eronată corespunde inaptitudinii psihoticului de a face compromisuri;

– nevoia de a se simţi real sau de a nu simţi nimic este legată de depresia psihotică cu depersonalizare;

– nevoia de a provoca corespunde tendinţei antisociale care se manifestă în delicvenţă." (D. W. Winnicott, 1975).

Asimilarea adolescenţei unei crize întâlneşte două critici:

a. Prima se sprijină pe studiile longitudinale ce utilizează teste psihologice şi chestionare de evaluare a imaginii de sine şi a reprezentărilor relaţiilor de obiect internalizate (D. Offer, 1975). Au putut fi distinse diferite grupe de adolescenţi, în afara oricărei patologii:

– un „grup de creştere continuă", ai cărui subiecţi sunt satisfăcuţi de ei înşişi, nu manifestă nici perioade de anxietate, nici perioade de depresie, nici conflicte intrapsihice importante;

– un „grup de creştere în val", unde indivizii sunt mai mult înclinaţi spre depresie şi pierderea stimei de sine. Mecanismele lor de apărare se rigidifiază în perioade de criză şi conflictele lor sunt mai importante;

– un „grup de creştere tumultoasă", la care anxietatea şi depresia sunt mult mai importante decât la grupele precedente. Părerea proastă cu privire la ei înşişi şi la alţii este prevalentă la adolescenţii din acest grup. Ei sunt mult mai dependenţi de egalii lor şi manifestă probleme comportamentale şi conflicte familiale;

– în sfârşit, un grup non caracteristic.

b. A doua critică se poartă asupra riscului important privind o confuzie între aspectele normale şi cele patologice, confuzie care poate apărea uneori în teoriile ce asimilează procesele adolescenţei unei crize. Manifestările adolescenţei care sunt semnele unei etape de dezvoltare trebuie să fie bine distinse de tulburările psihice care corespund unei interferenţe patologice adeverite în dezvoltarea psihologică a individului şi/ sau de prăbuşirea mijloacelor anterioare pentru a face faţă stresului. Aceasta necesită să se evalueze funcţionarea globală a personalităţii, să se dea o atenţie specială ansamblului manifestărilor şi conduitelor intrapsihice pe care le manifestă adolescentul. Aici poate fi citat F. Ladame, care spunea că: „O tulburare psihică corespunde unei interferenţe adeverite în dezvoltarea psihologică a individului şi prăbuşirea mijloacelor anterioare pentru a face faţă situaţiilor de stres. Nu mai este deci vorba de vasta panoplie de comportamente care se pot observa la orice adolescent normal, care cuprinde variaţii de dispoziţie, sentimente temporare de disperare, certuri cu părinţii, şcoala, autorităţile, experimentarea drogului etc. Toate comportamente pe care le desemnăm încă uneori sub termenul ambiguu de „criză de adolescenţă" şi care nu împiedică progresul spre vârsta adultă şi capacitatea de a obţine plăcere din viaţa personală." (apud D. Marcelli, 1988, p. 28).

Multitudinea de conduite deviante, labilitatea lor, dificultatea de a sesiza organizarea structurilor subiacente, estompajul cadrului nosografic habitual, rolul non-neglijabil al familiei şi al mediului social sunt atât axe de reper, cât şi incertitudini. Astfel, criteriile pe care la alte vârste se fondează noţiunile de normal şi patologic eşuează toate aici, este de părere psihiatrul francez Daniel Marcelli. În cartea sa „Psihopatologia adolescentului" (1988), autorul se referă la cât este de delicat să se vorbească despre normalitate în adolescenţă şi asta pentru că:

„1) Normalitatea în sensul normei statistice ar incita considerarea ca normale a conduitelor în mod manifest deviante în alte momente ale vieţii, cu riscul de a le retrage orice semnificaţie de suferinţă (aşa este ideea de suicid la adolescent);

2) Normalitatea în sensul de normă statistică ar risca să se arunce întreaga adolescenţă în câmpul patologiei (în funcţie de frecvenţa conduitelor numite antisociale);

3) Normalitatea opusă maladiei ar duce spre a vorbi de „adolescenţă-boală”?” (p. 53).

Cu toate acestea, conduitele deviante ale adolescentului fac ca familia sau societatea să apeleze la specialişti: psihiatrii, psihologi clinicieni. Chiar dacă conduita deviantă ar părea să mărturisească un conflict internalizat (depresie), un conflict în câmpul familial (opoziţie faţă de părinţi, refuz şcolar) sau un conflict în câmpul social (conduită delicventă, toxicomanie), problema care se pune este aceeaşi: acest adolescent va deveni un adult normal sau se va înfunda în patologie?

Daniel Marcelli consideră că, în faţa acestei întrebări prognostice, specialistul poate fi tentat să adopte două tipuri de strategii psihopatologice opuse. El poate, după modelul tradiţional, căuta să facă să coincidă diverse conduite deviante ale adolescentului cu simptome de entitate morbidă, definite în câmpul psihiatriei copilului sau adultului. Acest mod de reperaj semiologic tinde să facă din fiecare conduită neobişnuită un simptom morbid. Însă experienţa clinică cea mai elementară arată că această schemă este încă şi mai puţin valabilă la adolescenţă faţă de alte vârste ale vieţii. Invers, consultantul poate adopta o atitudine calificată în pripă „empatică”, unde doar „trăirea” adolescentului este luată în considerare: toate conduitele riscând în acest fel să fie reduse la o componentă normală şi banală a „crizei adolescenţei”. „Dacă riscul de a lipi un cadru nosografic arbitrar este astfel evitat, în schimb, acest demers tinde să anuleze sensul acestor conduite (suferinţă, chemare) sau să utilizeze o grilă nozografică empirică (acest adolescent seamănă cu oricare altul, are un aer de...).” (D. Marcelli, 1988, p. 54).

În contrapondere, autorul propune două modalităţi de analiză a conduitelor deviante ale adolescentului: 1) pe de o parte trebuie analizată supleţea în opoziţie cu rigiditatea conduitelor şi maniera în care aceste conduite interferează cu funcţionarea globală a personalităţii, adică evenimentele actuale şi organizarea mentală istoric construită; 2) pe de altă parte, trebuie o analiză de perspectivă asupra interacţiunilor între aceste evenimente actuale şi procesele psihice în curs de construcţie, pentru a vedea în ce măsură aceste conduite reprezintă o piedică mai mult sau mai puţin importantă pentru urmărirea dezvoltării psihice.

„Aceste două modalităţi de analiză asociate aduc o iluminare dinamică a înţelegerii psihopatologiei individuale şi a problemei normalului şi patologiei în adolescenţă.” (D. Marcelli, 1988, p. 55).

La rândul său, Philippe Gutton (2000) crede că nu se insistă niciodată suficient asupra faptului că o criză de adolescenţă normală poate antrena apariţia temporară a simptomelor psihopatologice. După părerea sa, este posibil să se stabilească o limită dintre normal şi patologic, chiar dacă acest studiu diferenţial presupune mai mult decât un simplu studiu semiologic şi trebuie să se sprijine pe o evaluare a funcţionării psihice a adolescentului. Este totuşi posibil de a avea o oarecare presupoziţie pe baza naturii simptomelor prezente.

Acceptarea corpurilor sexual diferenţiate, masculin şi feminin, face parte din sarcina evolutivă obligatorie a adolescenţei. Nimic surprinzător, deci, în faptul că la această vârstă psihopatologia se exprimă înainte de orice prin manifesctări corporale şi punerea în joc a corpului (Ph. Jeammet, 1994). Aceasta ar trebui totuşi să rămână în legătură cu capacitatea de a avea grijă de sine. La fete, de exemplu, este mereu problema unui ideal de slăbire, ce poate conduce la regimuri de slăbire tolerabile, în opoziţie cu o ură a corpului feminin exprimată prin conduite de restricţie şi de atac a corpului sexuat,

care nu sunt contrabalansate de nici cea mai mică grijă de autoprotecție. La băieți, aceeași problemă s-ar putea pune față de sfidarea riscurilor în domeniul alcoolismului, toxicomaniei, delicvenței, șofatului, sportului. Aceste simptome duc cu gândul la autodistructivitate.

O altă sarcină centrală a adolescenței este atingerea detașării de autoritatea parentală și de „obiectele infantile". D. Gedance, F. G. Ladame și J. Snakkers notează: „un adolescent care evoluează normal trăiește momente de depresie inerentă proceselor de dezvoltare în care el este angajat." În registrul depresiei, este dificil de considerat un proces de dezvoltare normal fără momente depresive, motivul fiind travaliul de doliu după plăcerile și obiectele copilăriei (A. Freud, 1958). De cele mai multe ori este vorba mai degrabă de momente în care adolescentul este abătut și prost dispus, putând să-și reprezinte încă mental sentimentele de tristețe. Chiar dacă trăirea depresivă este somatizată (oboseală, lipsă de activitate, tulburare a apetitului, simptome fizice diverse etc.), menținerea unei activități de mentalizare este un criteriu important pentru diagnosticul diferențial cu depresia clinică (care impune tratament), ca și caracterul pasager sau nu al tulburărilor (Philippe Gutton, 2000).

În rezumat, nu e bine nici să dramatizăm, dar nici să tratăm cu superficialitate stările prin care trece adolescentul. Atunci când apar, se recomandă o investigare aprofundată a tuturor situațiilor ce par a fi contrare exigențelor sale de dezvoltare: închidere mai degrabă decât deschidere, neglijare de sine mai degrabă decât respect de sine, desprindere de realitate mai degrabă decât investirea realității noi.

CAPITOLUL 4:
Conceptul de Sine în viziunea teoriilor psihoterapiei experienţiale

Psihoterapia experienţială îşi are rădăcinile în terapia centrată pe client, Gestalt-terapie şi terapia existenţială. .Orientările experienţiale văd oamenii ca organisme conştiente şi agenţi ai experienţei care funcţionează în mod holistic pentru a-şi organiza experienţa în forme coerente. Astfel, prin simbolizare şi reflectare a experienţei lor, construiesc noi semnificaţii şi îşi aleg cursurile acţiunilor (Perls, Heffelin şi Goodman, 1951; Rogers, 1951; Gendlin, 1962; Mahler, 1978, 1983, 1986, 1996; May, 1958, 1960, 1981; Frankl, 1959, 1968; Yalom, 1975, 1980, 1989).

Comportamentul este văzut ca o încercare a oamenilor orientată spre ţelul de a-şi satisface nevoile lor care sunt experimentate în anumite circumstanţe (Perls, 1951; Rogers, 1951) şi conceptul de Sine ar fi factorul său reglator.

Pot fi identificate două aspecte importante, care sunt pietrele de temelie ale terapiei experienţiale: primul accent este pus pe importanţa relaţiei terapeutice în facilitarea schimbării în client şi al doilea este pus pe importanţa experimentării clientului în terapie, experimentare ce constă în reprezentarea şi examinarea viziunilor subiective despre viaţă ale clientului, incluzând sentimente, percepţii, ţeluri, valori şi constructe (Gendlin, 1964). În practica terapiei experienţiale, o relaţie autentic empatică şi confirmantă dintre terapeut şi client este văzută ca un factor curativ crucial, dar şi ca o modalitate facilitatoare a terapiei (Gendlin, 1996; Greenberg, Rice şi Elliot, 1993). Principalul obiectiv al acestei abordări este să lucreze cu conştientizarea clientului, atât prin focalizarea pe experienţa subiectivă, cât şi prin promovarea reflectivităţii şi sensului.

Eul este central în explicarea funcţionării umane. Deşi abordările terapeutice din cadrul terapie experienţiale diferă în viziunile lor asupra Eului, toate au teorii ale Eului. Rogers, care dezvoltă cea mai sistematică teorie a Eului, echivalează Eul cu conceptul de Sine. Teoria Gestalt-terapiei echivalează Eul cu un întreg integrativ şi agent al schimbării. Existenţialiştii văd Eul ca şi o calitate a existenţei. În interiorul acestei tradiţii viziunea majoră a Eului, chiar dacă uneori în mod implicit, a fost a unui Eu ca un sistem dinamic ce funcţionează în mod dialectic (Thelen şi Smith, 1994; Pascual-Leone, 1987, 1990, 1998), în care funcţionarea sănătoasă rezultă atunci când cât mai multe părţi posibile sunt integrate şi conştientizate. Astfel, integrarea dezvoltării continue a faţetelor experienţei, incluzând aspectele polare (Perls, 1969; Mahler, 1986), tot atât de bine ca şi diferite niveluri şi tipuri de experienţă (Rogers, 1961; Greenberg şi Safram, 1987), este văzută ca centrală în funcţionarea sănătoasă a persoanei.

4.1. Eul şi conceptul de Sine în Terapia centrată pe client

Conceptul de Sine sau structura de Sine este un construct important în terapia centrată pe client. Pentru Rogers (1959), el este un gestalt conceptual organizat ce constă în percepţiile individuale despre Sine şi Eu în relaţie cu ceilalţi, împreună cu valorile ataşate acestor percepţii. În viziunea lui Rogers, conceptul de Sine nu este întotdeauna conştientizat, dar este întotdeauna disponibil conştientizării. Este un proces în schimbare, nu o entitate fixă.

Conceptul de Sine al persoanei este astfel viziunea pe care o are despre ea însăşi plus evaluarea sa asupra acestei viziuni. O persoană, de exemplu, se poate percepe sine ca pe un bun student, ca având o inteligenţă superioară şi ca iubind-şi părinţii şi valorizează acestea în mod pozitiv şi, tot atât de bine, se percepe ca fiind neatractivă pentru sexul opus şi competitivă, valorizând acestea în mod negativ.

Atitudinile faţă de sine au fost văzute ca fiind factori determinanţi importanţi ai comportamentului şi modul particular prin care persoana îşi satisface o anumită nevoie este să-şi selecteze un comportament care să fie consistent cu conceptul său despre Sine. În această viziune, dificultatea în menţinerea consistenţei dintre nevoile puternice şi conceptul de Sine cauzează distres şi reacţii defensive în încercarea de a păstra perceperea unui comportament consistent cu viziunea asupra Eului persoanei. Aceasta conduce la neadaptare.

Terapia centrată pe client vizează realizarea de sine, o independenţă şi o integrare mai mare a persoanei şi nu crede că aceste rezultate pot fi obţinute mai repede atunci când consilierul vine în ajutorul clientului pentru a-i rezolva problemele. Ţelul nu este de a rezolva o anumită problemă particulară, ci de a-l ajuta pe client să-şi atingă maturitatea care-i va permite să facă faţă la problema actuală şi la următoarele într-o manieră mai bine adaptată. Se pune mai mult accentul pe experienţa trăită, pe aspectul afectiv, mai degrabă decât pe aspectul intelectual al situaţiei şi mai mult pe situaţia actuală decât pe trecutul persoanei.

Libertatea exprimării emoţiilor care stau al baza problemelor şi conflictelor de adaptare ale clientului şi câştigarea de către acesta a unei noi percepţii de sine sunt două obiective importante ale terapeutului ce lucrează în această orientare.

Libertatea de exprimare

În primul rând, clientul este ajutat să achiziţioneze o libertate emoţională a sentimentelor şi atitudinilor pe care le-a reprimat. Posibilitatea unei exprimări libere face clientul să fie capabil să-şi exploreze situaţia într-un mod mult mai satisfăcător. Dar clarificarea nu se produce doar la nivelul situaţiei, ci, de asemenea, asupra înţelegerii pe care o are despre el însuşi.

„Astfel, vorbind liber despre el însuşi, clientul devine capabil să înfrunte aspecte variate din personalitatea sa, fără raţionalizare, nici refuz: ceea ce-i place şi ceea ce nu-i place, atitudinile sale ostile ca şi ataşamentele sale, dorinţele de dependenţă ca şi cele de independenţă, conflictele şi motivaţiile sale nemărturisite, ţelurile sale imaginare ca şi obiectivele sale realiste. Pe măsură ce el descoperă că Eul său nonconvenţional, Eul său ascuns, este acceptat de terapeut, clientul este de asemenea capabil să-şi accepte acest Eu, până acum nerevelat, ca fiind al său propriu. În locul anxietăţii, grijii şi sentimentelor de

incompetență, clientul dezvoltă o acceptare a forțelor și slăbiciunilor sale ca punct de plecare realist și comod pentru un progres spre maturizare. În loc să facă eforturi disperate pentru a fi ceea ce el nu este, clientul descoperă că există numeroase avantaje în a fi ceea ce el este și în a-și dezvolta posibilitățile de creștere care-i sunt, în mod autentic, proprii." (Rogers, 1971, p. 173).

Este vorba aici de activarea a ceea ce Rogers a numit „tendința de actualizare a potențialului", procesul prin care persoana devine ceea ce „este în mod real" sau devine „tot ceea ce ea poate deveni".

Câștigarea unei noi percepții de sine

Experiența de a vorbi despre sentimente până acum inhibate, antrenează mult mai mult decât o senzație de libertate. În mod inevitabil, ea transformă percepția pe care o are persoana despre ea însăși. Această nouă percepție semnifică pentru client: aranjarea faptelor trecute în relații noi, creșterea progresivă a înțelegerii de sine, recunoașterea și acceptarea de sine, dezvoltarea progresivă a conștientizării. Reorientarea și reorganizarea Eului constituie țelul principal și obiectivul terapiei.

Tehnica primordială este de a încuraja exprimarea sentimentelor și atitudinilor până ce înțelegerea intuitivă apare în mod spontan. După Rogers, conștientizările cele mai profunde și cele mai utile, înțelegerile care sunt cele mai utile pentru reorganizare sunt acelea pe care clientul le exprimă în mod spontan. Terapeutul poate susține procesul de înțelegere de sine însuși al clientului, reformulând înțelegerea deja atinsă, clarificând înțelesurile noi la care acesta a ajuns. El îl poate ajuta pe client să exploreze și să recunoască modurile posibile de acțiune și de decizie, care se găsesc în fața lui. Terapeutul poate, în plus, să sugereze relații sau structuri de relații care par evidente în ceea ce clientul a enunțat în mod liber. În măsura în care acestea sunt acceptate și reaplicate de către client, ele reprezintă elemente suplimentare de conștientizare. Terapeutul trebuie totuși să se abțină să dea interpretări ale conduitei clientului, când elementele acestor interpretări nu sunt fondate pe sentimentele exprimate de către client, ci pe o judecare a situației de către terapeut.

4.2. Eul și conceptul de Sine în Gestalt-terapie

În 1960, Frederick Perls, creatorul Gestalt-terapiei, punea accentul pe conștientizare, experiență și experiment de tip Gestalt. Însă, încă de timpuriu, Gestalt-terapia s-a scindat în două orientări. Una se centrează pe experiența viscerală și pune accentul pe experimentul activ, învățând clientul să facă diferite experiențe, adesea în grup, care-l ajută, mai curând, să experimenteze decât să vorbească despre îngrijorările sale (F. S. Perls, 1969). Utilizând metoda fenomenologică, terapeuții gestaltiști au recunoscut puterea accesării experienței în „aici și acum". Ei se centrează pe sarcini ce facilitează conștientizarea, experimentarea și contactul clientului cu lumea exterioară. Țelul este stimularea experienței pentru a forma noi conștientizări și se bazează pe credința că experiența și acțiunea preced și sunt un precursor necesar al înțelegerii. Relațiile cu lumea pot fi ulterior restructurate, pe baza descoperirii noilor înțelegeri (noul gestalt) și transformate în noi moduri de comportament, noi atitudini, noi resurse de adaptare creativă.

Unul dintre scopurile centrale ale Gestalt-terapiei este să-l ajute pe client să devină mai autentic, mai eficient și responsabil pentru sine, deoarece „cu cât suntem mai puțin conștienți de noi înșine, cu atât ne îndepărtăm de la natura noastră sănătoasă, pozitivă, deschisă, potențial creatoare, cu resurse aproape nelimitate în a se adapta, evolua, transforma" (I. Mitrofan, 1997, p. 14).

Cealaltă orientare este bazată pe analiza contactului organismului cu mediul și implică analiza pas cu pas a procesului de realizare a unui contact experiențial cu situația actuală (Laura Perls, 1976). Această orientare vede conștientizarea momentelor de contact ca fiind esențiale pentru funcționarea sănătoasă a persoanei. Astfel, persoana este ajutată să devină conștientă de procesele sale interioare, de nevoile și dorințele sale, ca și de stadiile și procesele formării contactului și de modul cum au fost ele întrerupte, oferindu-i-se o metodă de a-și explora maniera sa de construcție a realității în momentul în care aceasta se produce. Se țintește ca, prin folosirea unor tehnici specifice, persoana să identifice și să lucreze cu orice formă de afacere neîncheiată care poate împiedica contactul cu realitatea prezentă.

În această orientare psihoterapeutică, conștientizarea întreruperilor și restabilirea contactului, mai de grabă decât relația în sine, este văzută ca fiind curativă.

F. Perls și P. Goodman, în tomul II din Gestalt-terapie (1951), propun un model procesual al Eului. Teoria lor, în esență, se bazează pe două afirmații: pe de o parte, Eul este agentul de sintetizare, artizanul vieții, care creează contacte ale organismului cu granițele mediului și, pe de altă parte, Eul este contactul cu mediul și el începe să existe chiar în momentul contactului. Eul, în viziunea Gestalt, nu este un concept, un obiect sau o structură, ci mai de grabă o funcție și/ sau un proces, creatorul contactului și al retragerii și procesul devenirii întru ființare. El nu este o entitate fixă, nici o instanță psihică, ci un proces al fiecăruia, care caracterizează maniera sa proprie de a reacționa, la un moment dat și într-un câmp dat, în funcție de stilul său personal. Nu este „ființa" sa, ci „ființa sa în lume", variabilă după situație. El este atât proces, cât și produs al schimbării continue, al sintezei dinamice a mai multor elemente.

„Eul este maniera noastră particulară de a fi angajați în tot procesul, modul nostru de expresie individuală în contactul nostru cu mediul... El este agentul de contact cu prezentul, ceea ce permite ajustarea noastră creatoare." (J. Latner, 1973, p. 148).

Contactul este termenul cheie și este definit ca experiența lumii pe care o are persoana la orice moment. El se referă atât la o orientare, un aspect perceptual, formarea înțelesului întregii experiențe și a sensului personal, cât și la un aspect activ, la comportamentul pe care-l dezvoltă persoana în mediu pentru a-și satisface o anumită nevoie.

În acord cu prima viziune, Eul creează conștientizarea soluțiilor la problemele care apar la granița de contact și este un organizator la nivelul comportamentului. În acord cu a doua viziune, când există un contact complet, există un Eu complet și când există un contact slab, există un Eu slab. Astfel, Eul se creează în experiență și „Eu sunt experiența mea." (F. Pearls).

În teoria Gestalt apar explicate două tipuri de contact (apud I. Mitrofan, 2000, p. 70–71):

„*1. Contactul de diferențiere* („metabolismul mental") – este legat de sentimentul diferențierii între „eu" și „tu", între „Eul meu" și „altul". El reprezintă acea posibilitate a omului de a asimila ceea ce este pozitiv, „hrănitor" din punct de vedere informațional și

de a respinge sau de a se proteja de ceea ce este negativ, „toxic" din același punct de vedere, și constituie sursa primară a dezvoltării normale, sănătoase și complete a personalității. Atunci când contactul de diferențiere este perturbat, persoana este puțin conștientă de sine, adesea se percepe distorsionat. Această ignoranță în raport cu sine o face nu numai să sufere, dar și să persiste în a se „hrăni" nerațional, nediscriminativ, cu informație perversă pe care nu o preia doar din mediu, ci pe care învață să și-o autoproducă pe baza celei negative deja existente.

Un prost contact de diferențiere îl menține pe om în confuzie, atât în ceea ce-l privește, cât și în raport cu ceilalți, cu valorile, cu lumea. El se îndepărtează pas cu pas, pe calea ignoranței cu privire la sine, prin neconștientizare de sine. Nefiind atent la natura sa reală, la nevoile și resursele sale autentice, neconștientizându-le, neexperimentându-le pentru a se putea regla organismic și a evolua, omul își zădărnicește sieși calea autoîmplinirii și eforturile în acest sens, se autoanulează ca ființă liberă și responsabilă.

Pentru ca persoana să fie conștientă de sine, ea trebuie să se conștientizeze în timp ce face ceva și că ea face acel lucru. În această viziune, pentru a supraviețui și crește, oamenii trebuie să fie conștienți atât de lumea lor internă a dorințelor, cât și de lumea externă a oamenilor și lucrurilor (Wheeler, 1991, 1995).

De aceea, terapeuții gestaltiști consideră ca primordiale în vindecare conștientizarea de sine și autoexprimarea.

2. Contactul de graniță (între Eu și non-Eu sau între Eu și mediu) – constituie al doilea mecanism important al autoreglării organismice, strâns corelat cu contactul de diferențiere. Granița dintre Eu și mediu, pentru a asigura o bună autoreglare, trebuie să aibă două caracteristici: permeabiliate (pentru a permite schimburile dintre persoană și ceilalți) și fermitate (pentru a menține autonomia).

Dificultățile autoreglării și integrării armonioase în lume sunt în directă legătură cu tulburările contactului de graniță al persoanei. Reglarea graniței dintre Eu și alții, între Eu și non-Eu, poate să prezinte diferite tipuri de perturbare, oscilând în extremis între pierderea graniței (fuziune, indistincție între sine și altul) și izolare completă (decontactare, ruptură, separare). Ambele perturbări le întâlnim în cadrul tulburărilor psihotice. Când granița dintre sine și alții devine confuză, impermeabilă sau se pierde, se produce o distorsiune a diferențierii între sine și alții, o perturbare atât a contactului, cât și a conștientizării acestuia (Perls, 1973). O bună funcționarea a graniței înseamnă o alternanță optimă între separare și conectare la mediu, între focalizarea atenției asupra acestuia și retragerea atenției de la mediu."

În termeni experiențiali sau fenomenologici, viața este un proces al satisfacerii nevoilor într-un mediu interpersonal și aceasta implică contacte continue și negocieri cu alți oameni care sunt angajați în același proces. Eul, în termenii procesului, este, astfel, acțiunea de integrare a interiorului cu exteriorul (Perls și al., 1951; Wheeler, 1991; Yondef, 1993). Eul este la suprafață, nu ascuns undeva înăuntru, și el realizează continuitatea la granița dintre organism și mediu, în ordinea satisfacerii nevoilor, rezolvării problemelor și depășirii obstacolelor. Eul, ca funcție integratoare a câmpului de experiență într-un întreg coerent, utilizează toată înțelegerea, semnificația și acțiunea. Astfel, „Eul meu" este „experiența mea". Aceasta este similară cu teoria lui Rogers cum că Eul este, la orice moment, ceea ce simte persoana față de ea.

4.3. Eul şi conceptul de Sine în Terapia Experienţială

În terapia experienţială termenul de „Eu" se referă nu la o entitate, ci la un nivel tacit de organizare care acţionează ca un agent de integrare a experienţei, care separă ceea ce sunt eu de ceea ce nu sunt eu. Eul operează ca un sistem dinamic organizând elementele experienţei într-un tot coerent şi lucrează printr-un proces de sintetizare dinamică/ dialectică (Pascal-Leone, 1987, 1990; Theler şi Smith, 1993, 1994).

În această viziune, Eul poate fi văzut ca implicând o continuitate de voci aflate în mod constant în dialog (Elliott şi Greenberg; Hermas, Kemper şi Van Loon, 1992). Nu există un control central sau ierarhic la nivelul Eului, dar toate elementele se adaugă într-un proces de sinteză din care rezultă organizarea Eului, iar un stadiu momentan, cum ar fi sentimentul de timiditate sau de a fi asertiv, este rezultatul acestei sinteze. Controlul conştient este un aspect care poate influenţa procesul sintezei şi este el însuşi influenţat de un proces tacit de cunoaştere în procesul continuu al influenţei mutuale.

Mult din ceea ce experimentăm trece prin Eul nostru, de aceea în terapia experienţială s-a introdus termenul de „experienţă a Eului" care „se referă la continua percepere, asimilare sau rejectare a semnificaţiei senzaţiilor generate intern sau impuse extern legate de Eul unei persoane." (B. Wolfe şi P. Sigl, 1999, p. 174).

Experienţa Eului, întocmai ca experienţa noastră în general, se bazează pe informaţia primită de la două surse diferite: experienţa noastră imediată şi conceptualizările noastre asupra Eului. Aceste două forme diferite, dar integrate, de experienţă a Eului au fost postulate de mulţi autori, începând cu W. James (1890). James este cel care a evidenţiat o dilemă în eforturile noastre de a înţelege conceptul de Sine. Această dilemă îşi are rădăcinile în faptul că Eul este atât subiect, cât şi obiect, atât cunoscut, cât şi cunoscător. Aceste căi diferite în care cineva experimentează Eul implică pe de o parte experienţa variatelor sensuri ale Eului şi, pe de altă parte, experienţa diferitelor credinţe pe care cineva le are despre sine, care este conceptul de Sine al persoanei.

Cum a sugerat Stern (1985), noi experimentăm în mod direct mai multe sensuri ale Eului, incluzând un sens al unui corp unic, distinct integrat, agent al acţiunii, experimentator al senzaţiilor, realizator de intenţii, proiectant de planuri, traducător al experienţei în limbaj şi comunicator şi distribuitor al cunoaşterii personale. În acelaşi timp, noi am internalizat multe credinţe şi imagini despre sine care, în total, realizează conceptul nostru de Sine.

Cunoaşterea de sine este obţinută prin interacţiunea dinamică a două moduri diferite de cunoaştere a Eului – experienţa senzaţiilor şi reflexivitate. În individul normal există o oscilaţie activă între cele două surse de informaţii ale Eului. Conştientizarea reflexivă ne permite să consultăm conceptualizarea experienţelor noastre, pe când conştientizarea sensibilă ne aduce la esenţă experienţa de viaţă, care serveşte să confirme sau infirme conceptualizările noaste de sine sau conduce la noi conceptualizări de sine.

L. S. Greenberg şi R. Van Balen (1999) văd Eul ca fiind dinamic sintetizat în posedarea unui simţ al coerenţei, acţiunii, continuităţii şi afectivităţii. Sensul Eului persoanei este un sens care emerge din sintetizarea celor mai de bază elemente ale experienţei, în care tonul afectiv al experienţelor senzorio-motorii din prima copilărie sunt puncte de referinţă pentru ordonarea experienţelor de mai târziu şi pentru

dezvoltarea Eului persoanei. Emoţia este astfel văzută ca un „liant" al procesului de formare al identităţii.

În viziunea dialectic-constructivă a teoriei experienţiale despre conceptul de Sine, concepţia noastră despre noi înşine este înlocuită cu noţiunea de construcţie narativă a identităţii – istoria pe care noi o spunem pentru a ne înţelege şi a ne explica vieţile. Mai degrabă decât a fi o structură, un concept de Sine, este vorba aici de un proces neîntrerupt prin care o persoană dă sens experienţei şi îşi explică acţiunile sale (Guidano, 1991). Aceasta implică un proces conceptual conştient influenţat prin învăţare, prin valori şi printr-o varietate de diferite procese cognitive şi evaluative în crearea înţelegerii.

Mai degrabă decât să posede un concept de Sine fix, oamenii operează printr-un set de procese tacit organizate prin care ei evaluează în mod activ, reflectează asupra experienţei lor şi creează istorii sau viziuni despre cum sunt ei sau alţii sau despre cum se întâmplă lucrurile (Watson şi Greenberg; Greenberg şi Pascal-Leone, 1995). Astfel, Eul operează prin înţelegerea unei relaţii dinamice între experienţa emoţională tacită, implicită şi cunoaşterea conceptuală explicită (Guidano, 1991).

În termenii dihotomiei proces – structură în teoria Eului, L. S. Greenberg şi R. Van Balen (1999) consideră că, deşi viaţa este un proces constant de creaţie, în fiecare moment există, de asemenea, stabilitate în ceea ce noi suntem. Stabilitatea, în viziunea autorilor, vine nu de la conceptul de Sine, ci de la structura şi funcţia blocurilor noastre de construcţie – schemele noastre emoţionale – şi de la construcţia identităţilor narative. Mai întâi, schemele prelungesc conexiunile noastre învăţate dintre situaţii, experienţe şi răspunsuri, apoi se justifică pentru o anumită regularitate în comportament. În al doilea rând, mai funcţional, aceleaşi scheme sau altele similare sunt adesea coactivate şi sunt integrate în moduri similare, în acord cu abilităţile lor de funcţionare, prin acestea producând experienţe şi performanţe similare. În al treilea rând, explicaţia conştientă a experienţelor şi evenimentelor justifică continuitatea mai departe. Noi construim în mod repetat aceleaşi istorii. Momente de experienţe similare rezultă adesea dintr-un proces de sintetizare repetată a elementelor similare în moduri similare şi dându-le sens adesea în aceeaşi manieră. Astfel, noi ne putem adesea simţi supăraţi sau îngrijoraţi în situaţii similare. Aceste moduri similare de funcţionare şi de construcţie a sensului reflectă ceea ce poate fi gândit ca inima organizării (Guidano, 1991). Aceste principii există, astfel, nu ca şi conţinuturi ale conştiinţei ca atare, ci ca reguli ale modului de evocare a materialului ce este tacit sintetizat şi ale modului în care noi punem lucrurile împreună şi dăm sens experienţei noastre. Coordonarea şi însumarea acestor elemente care se potrivesc dau naştere la construirea de stări similare.

CAPITOLUL 5:
Axa Ego – Sine în Psihoterapia Experienţială a Unificării (Iolanda Mitrofan, 2000, 2004)

Prof. univ. dr. Iolanda Mitrofan este creatoarea Psihoterapiei Experienţiale a Unificării (P.E.U.), „o psihoterapie holistică, procesual dinamică, interesată de conexiunile conştient – inconştient – transconşient, corporal – psihologic – social – spiritual, ce foloseşte ca instrument metodologic STAREA DE MARTOR revelată prin EXPERIENŢA CREATOARE sub toate formele, iar ca vehicul (suport) central de acţiune terapeutică – puterea transfiguratoare a METAFOREI." (I. Mitrofan, 2000, p. 278). În interiorul teoriei ce fundamentează P.E.U. un loc important îl are axa Ego-Sine.

În acord cu tradiţiile spirituale, I. Mitrofan consideră că fiinţa umană funcţionează holistic, „este o realitate ce devine neîncetat, pe care o putem numi Spaţiul Transformator Ego-Sine (STES). Ţi-l poţi reprezenta simbolic sub forma unei sfere al cărui interior se constelează perpetuu ca rezultantă a modului specific, original şi imprevizibil, de la o persoană la alta, în care se interconectează experienţele subiective, simultan pe mai multe axe teoretice, funcţionale, cu duble intrări (polare)." (I. Mitrofan, 2004, p. 24).

În P.E.U. sunt descrise trei repere principalele ce configurează „profilul" dinamic al devenirii fiinţei umane. Acestea sunt:

1. Axa Rolurilor Identitare sau a tranziţiei de la Ego la Sine, care asigură funcţia de CONSERVARE şi UNIFICARE interioară. Este axa care asigură echilibrul fiinţei umane, pe orizontală şi în adâncime;

2. Axa Timpului, care asigură funcţia de DEZVOLTARE a persoanei. Ea reperizează planul şi procesul „desfăşurării" ei spiralate, ciclice, pe diagonală;

3. Axa Conştientizării, care asigură funcţia TRANSFORMATOARE şi procesul de „re-înfăşurare" experienţială, pe verticală şi în adâncime. Ea stă la baza extinderii, aprofundării şi modificării calitative a cunoaşterii în general şi a celei de sine şi de altul, în special, pe direcţia evoluţiei şi integrării spirituale.

Autoarea ne invită să ne imaginăm reprezentarea Egoului ca pe un cerc, în interiorul căruia „harta funcţională a conexiunilor dintre cele două polarităţi de bază" se structurează din două axe perpendiculare ale opuşilor care tind la unificare şi transformare mutuală, în tendinţa lor comună de integrare cu Centrul (Sinele). „La acest nivel al analizei, Sinele ar corespunde persoanei unificate care se autoregenerează

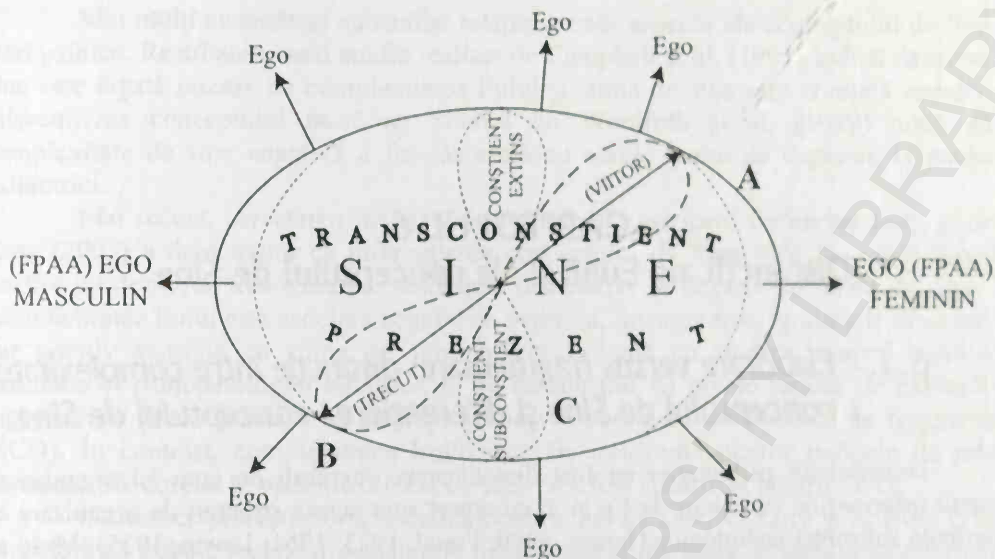
psihologic, integrându-se spiritual. Acesta este **doar punctul terminus teoretic**, în realitate nivelul cel mai înalt de unificare a Egoului cu Sinele producând **reluarea ciclului perpetuu al transformării**, de data aceasta prin intermediul Sinelui care se remanifestă creator, diversificându-se în alt(e) Ego(uri), modificate calitativ, la infinit. Pentru noi, în calitate de indivizi, acest punct terminus teoretic coincide, tot teoretic, cu moartea psihologică şi biologică (eliberarea Egoului), dar nu şi cu cea spirituală, pentru că unificarea cu Sinele este începutul creator al unei noi manifestări care are nevoie de încorporare, de „configurare" (desigur, pot fi şi reconfigurări „din ce în ce mai subtile" şi nu neapărat în forma substanţială care ne este familiară sub numele de „corp fizic" – vezi în acest sens succesiunea „corpurilor" fizic, eteric, astral, budic, nirvanic, în spiritualitatea indiană). [...] Nu este însă nevoie să mori fizic şi psihic pentru a te unifica interior, pentru a fuziona şi a te integra cu Sinele, cu consecinţe autoregeneratoare. Dimpotrivă, viaţa este cel mai bun cadru al realizării de Sine, al dezvoltării conştiente şi al gestionării capacităţilor autotransformatoare, până la un nivel care poate fi profund individualizat, personalizat. [...] Dezvoltarea şi extinderea capacităţii de conştientizare a Egoului permit însă, practic, regenerarea psihică şi extinderea performanţelor adaptative ale persoanei, inclusiv în plan biologic, iar creşterea nivelului său spiritual nu implică, în mod utopic, moartea biologică – fenomen transformator natural –, ci presupune doar o mai bună gestionare a resurselor energo-informaţionale, psihologice, o prezervare şi o orientare pozitivă, creatoare, ecologică a dezvoltării lor individuale şi colective.

Astfel, sinusoida vieţii este perpetuă în acest Spaţiu al Transformărilor Ego-Sine cu dublă intrare şi ieşire." (I. Mitrofan, 2005, p. 3).

Reconectarea Egoului cu Sinele se realizează printr-un proces de transformare creatoare şi transcendere subtilă a „celui de *dinafară* (Egoul aflat în căutarea fuziunii, unificării şi regenerării) cu cel şi prin cel de *dinăuntru* (Sinele – unificat şi autoregenerativ)" (I. Mitrofan, 2004, p. 64).

Egoul este înţeles ca formă manifestă şi potenţială a personalităţii şi este constelat dintr-o multitudine de polarităţi dinamice ce au atributul „transformativităţii şi reconversiei mutuale, ca urmare a interconectării acestora pe axa conştient – inconştient – transconştient, pe de o parte, şi pe axa timpului şi a spaţiului personal pe de alta."

Iolanda Mitrofan consideră că cele două polarităţi ale Egoului de care vorbea C.G. Jung, Persona („măştile" sau rolurile asumate, manifestate) şi Umbra (configuraţia rolurilor neasumate, latente, reprimate, respinse sau potenţiale), ne ajută să operăm în înţelegerea fiinţei umane doar pe axa conştient – inconştient. La aceasta, autoarea complementează harta reperelor interioare ale dezvoltării personalităţii cu „polarităţile identitare (de sex-rol şi familiale – roluri parentale şi filiale), care conferă personalităţii o configurare comportamentală specifică şi tot atâtea probleme de integrare şi acceptare." (2004, p. 74). Deci Egoul nostru se clădeşte pe introiecţia rolurilor paterne şi materne, care devin „ghizi interiori" în dobândirea şi asumarea rolurilor masculine şi feminine, care conferă persoanei „forma" psihologică şi socială pe care o angajează în relaţiile interumane şi cu lumea.



PROCESUL DE „REÎNFĂȘURARE" A „GHEMULUI" EXISTENȚIAL

A. UNIFICAREA ROLURILOR IDENTITARE (FUZIUNEA EGO-SINE) CU PĂSTRAREA CONFIGURAȚIEI CORPORALE MASCULIN-FEMININ (CONDENSAREA EGOULUI ȘI DILATAREA SINELUI: SINELE CREȘTE PE SEAMA EGOULUI, PRIN ASIMILARE => AUTOREGENERARE => SINELE CREATOR SE PROIECTEAZĂ, MANIFESTĂ, SE REÎNCORPOREAZĂ, SE „RECONFIGUREAZĂ" ÎN ALTE EGOURI).

Formula:	Ego tinde la Sine	E->S
	Sine tinde la N Egouri, cu un coeficient de ciclicitate	S->N*Ego

B. CONECTAREA (UNIFICAREA) EXPERIENȚELOR ÎN PREZENT PRIN FOCALIZARE MEDITATIVĂ SUPRACONȘTIENTĂ - se tinde la suprimarea axei timpului sau reînfășurarea conștientă a axei timpului - trecutul adus în prezent și integrat este „eliberat". Apare capacitatea non-atașamentului față de experiențele trecute, eliberarea energiei și canalizarea spre noi experiențe din prezent, ce deblochează evoluția. Inconștientul este conștientizat în cea mai mare parte, iar libertatea proiecției și autotransformării pe axa timpului este foarte mare. Viitorul devine funcție de capacitatea transfigurativă declanșată în prezentul autocreator (autogenerator) ca urmare a focalizării maxime a tuturor resurselor trecute (eliberate) și prezente (dobândite).

C. SIMULTANEIZAREA (UNIFICAREA) experiențelor de cunoaștere pe axa conștientizării, prin integrarea și controlul experiențelor inconștiente și a celor conștiente de către TRANSCONȘTIENT sau conștiință EXTINSĂ. Efect - extensiv și modificarea calitativă a capacității de cunoaștere, integrarea unui nivel superior de spiritualizare.

Figura de mai sus reprezintă stadiul persoanei integrate (unificată, transformată), centrată în Prezent, Sine, Transconștient (preluată din I. Mitrofan, 2004, p. 27).

CAPITOLUL 6:
Disfuncţii ale Eului şi ale conceptului de Sine

6.1. *Elaborare versus fragmentare: distincţie între complexitatea conceptului de Sine şi diferenţierea conceptului de Sine*

Teoreticienii psihologiei au fost dintotdeauna interesaţi de cum îşi organizează oamenii informaţiile cu privire la Eu şi în ce raport sunt aceste structuri de organizare cu experienţa suferinţei psihologice (James, 1890; Freud, 1923, 1961; Lewin, 1935). Mulţi au speculat că un concept de Sine căruia îi lipseşte integrarea multiplelor sale faţete este un precursor al maladiei mentale. Noţiunea de concept de Sine fragmentat a fost avansată sub mai multe etichete diferite incluzând: „Eul divizat" (James, 1902), „cameleonul interpersonal" (Block, 1961), „Eul inautentic", (Rogers, 1959) şi mai recenta „diferenţiere a conceptului de Sine" (Donahme şi al., 1993). Definiţia operaţională a „diferenţierii conceptului de Sine" – SCD – este o lipsă de integrare în rolurile predefinite (Block, 1961; Donahne şi al., 1993), astfel implicând fragmentare în structura conceptului de Sine.

Rezultatele preliminare ale cercetărilor sugerează că persoanele care au un SCD înalt au un risc mai crescut pentru probleme de sănătate mentală, ce includ anxietate, depresie, stimă de sine scăzută, şi pentru probleme de sănătate fizică decât persoanele cu un simţ al Eului mai mare (Bigler şi al., 2001; Diehl şi al., 2001; Donahne şi al., 1993; Hart şi al., 1997; Sheldon şi al., 1997).

Pe de altă parte, complexitatea de sine sau complexitatea Eului (altă componentă a structurii conceptului de Sine, care este definită ca „a avea mai multe aspecte ale Eului", cf. Linville, 1987), este văzută ca un tampon împotriva efectelor păgubitoare ale stresului. Studiile lui Linville (1987) demonstrează că persoanele cu o complexitate a Eului joasă sunt mult mai predispuse să sufere de afecte negative şi probleme de sănătate fizică în urma evenimentelor stresante, comparativ cu persoanele cu o complexitate a Eului înaltă. Alţi cercetători sugerează că o complexitate a Eului joasă este asociată de asemenea cu cronicitate a depresiei şi cu o săracă adaptare în urma evenimentelor traumatice (Morgan şi Johoff-Bulman, 1994; Woolfolk şi al., 1999).

Deci diferenţierea conceptului de Sine – SCD – şi Complexitatea Eului sunt văzute ca aspecte diferite ale structurii conceptului de Sine (Campbell şi al., 1991; Diehl şi al., 2001; Donahne şi al., 1993).

Indexul complexităţii Eului este calculat ca reflectând atât numărul, cât şi rolurile distincte pe care oamenii le utilizează în reprezentarea mentală despre ei înşişi (Linville, 1985, 1987), astfel implicând flexibilitatea sau complexitatea în structura conceptului de Sine.

Mai mulţi cercetători au studiat relaţia acestor aspecte ale conceptului de Sine şi stări psihice. Rezultatele unui studiu realizat de Campbell şi al. (1991) indică că stima de sine este legată pozitiv de complexitatea Eului şi stima de sine este corelată negativ cu diferenţierea conceptului de Sine. Studiul lui Woolfolk şi al. (1999) arată că o complexitate de sine negativă a fost asociată cu nivele înalte de depresie la pacienţii psihiatrici.

Mai recent, cercetarea realizată de psihologii americani Catherine Luty şi Scott Ross (2003) a demonstrat că diferenţierea conceptului de Sine – SCD – este asociată pozitiv cu depresia, însingurarea, tendinţele disociative şi negativ cu stima de sine. Iar complexitatea Eului este asociată negativ cu depresia, însingurarea, tendinţele disociative, dar pozitiv asociată cu stima de sine. În concordanţă cu studiile asupra legăturilor parentale şi psihopatologiei adulţilor, ei au demonstrat că nivele reduse de căldură ale îngrijitorilor şi nivele înalte de supraprotecţie vor corela cu nivele mari de fragmentare (SCD). În contrast, complexitatea Eului este fie irelevantă pentru indicele de relaţie parentală, fie corelat în opoziţie directă cu ceea ce a fost specificat pentru SCD.

În ceea ce priveşte complexitatea construcţiei de sine, C. Luty şi S. Ross (2003) consideră că trebuie izolate dimensiunile flexibilitate şi integrare. E posibil ca o structură a conceptului de Sine caracterizată prin rigiditate şi lipsă de integrare să conducă la o dificultate în ajustarea psihologică. Se poate specula că un concept de Sine flexibil, ce cuprinde numeroase roluri personale bine definite, poate fi favorabil unei sănătăţi mentale pozitive, cu condiţia să existe un anume nivel de coezivitate de-a lungul acestor mai multe identităţi de rol. Invers, chiar dacă e bine integrat, dar rigid, conceptul de Sine poate fi problematic, mai ales în faţa stresului situaţional sau dacă valenţa totală a conceptului său de Sine este negativă.

6.2. Teoria lui Rogers asupra incongruenţei Eului

În acord cu Rogers, disfuncţia se produce datorită incongruenţei dintre conceptul de Sine şi experienţa actuală a persoanei. Astfel, dacă ea se vede pe sine ca iubitoare, dar este furioasă şi răzbunătoare, este incongruentă. Termenul de „congruenţă" a fost introdus de Rogers pentru a descrie situaţia în care „sentimentele pe care persoana le experimentează îi sunt disponibile conştientizării sale şi ea este capabilă să trăiască aceste sentimente, să fie ele şi să le comunice în mod potrivit." (1961, p. 61).

Congruenţa între Sine şi experienţe produce gândire realistă, persoana este bine adaptată, pe când incongruenţa conduce spre anxietate, defensivitate şi distorsiuni ale gândirii şi persoana este dezadaptată.

În continuarea acestei concepţii, Rogers discută despre relaţia dintre Eul ideal şi Eul real. Eul real sau structura Eului este Eul aşa cum este el, pe când Eul ideal este Eul pe care persoana îl valorizează cel mai mult şi care ar dori să fie. O discrepanţă mare între Eul real şi Eul ideal va duce la dezadaptare.

Rogers descrie cum experienţele din copilărie cu adulţi semnificativi din viaţa persoanei îi afectează percepţia de sine la adolescenţă. Dacă experienţele copilului cu părinţii săi, fraţii, egalii, profesorii sunt caracterizate de ceea ce Rogers numeşte „privire pozitivă necondiţionată", adolescentul este posibil să nu aibă probleme semnificative de

adaptare. Totuşi, dacă persoanele semnificative din viaţa copilului îl evaluează adesea într-o lumină negativă, el va învăţa că multe din acţiunile sale vor atrage dezaprobare. Cu cât mai mult el recepţionează feed-back negativ, cu atât mai mult el distorsionează percepţiile despre sine, într-un efort de a se separa el însuşi de evaluările negative pe care le primeşte de la ceilalţi. Discrepanţa dintre ceea ce el experimentează şi percepţia sa despre sine produce sentimente de anxietate, care conduc la o proastă adaptare.

Percepţiile de sine pot fi incorecte, neconforme cu realitatea datorită unor tactici defensive, cum ar fi negarea experienţei, sau unor credinţe că acestea sunt prea rigide, distorsionate, nerealiste sau suprageneralizate. Negarea implică inabilitatea de a accepta experienţa aşa cum se produce ea, iar distorsionarea implică o reinterpretare a experienţei în sensul dorinţei persoanei de a se întâmpla lucrurile. Prăpastia dintre percepţia Eului şi experienţele reale cu ceilalţi afectează interacţiunea socială a adolescentului. Anxietatea şi defensivitatea care rezultă din acest tip de discrepanţă conduce adesea adolescentul spre a acţiona în moduri ostile faţă de ceilalţi.

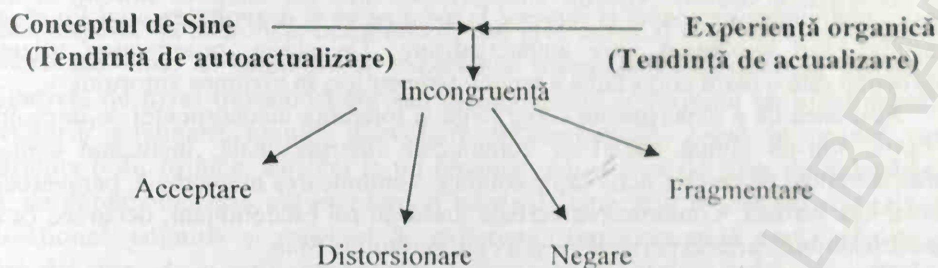
Rogers crede că această problemă a adolescentului poate fi rezolvată printr-o privire necondiţionată pozitivă pe care el s-o primească de la o persoană care acceptă tot ceea ce acesta spune, chiar dacă nu-i aprobă toate acţiunile. Această privire pozitivă încurajează adolescentul să-şi aducă adevăratele sentimente în conştient şi să aibă sentimente mai bune despre el însuşi. Când persoana primeşte o privire necondiţionat pozitivă, necritică, din partea celorlalţi, mai ales în timpul anilor de formare, ea îşi va dezvolta o atitudine favorabilă faţă de ea însăşi, „o privire de sine pozitivă" (Rogers). Aceasta, la rândul său, permite persoanei să-şi dezvolte propriile valori şi satisfacţii în acord cu experienţele ei reale, independent de aprobarea celorlalţi. Ea va avea o funcţionare completă a fiinţei. Privirea de sine pozitivă eliberează tendinţa naturală de actualizare prezentă în fiecare persoană.

Mişcarea spre creştere şi îmbunătăţirea adaptării solicită realizarea congruenţei conceptului de Sine. Dacă persoana va fi capabilă să-şi slăbească defensele, noi informaţii despre ea însăşi vor fi incorporate ca parte a conceptului ei despre Sine. Dacă nu, poate să se producă neadaptarea, iar persoana nu va deveni conştientă de ceea ce se întâmplă în organismul său şi va deveni statică în creşterea şi auto-actualizarea sa.

6.3. Modelul incongruenţei (după L. S. Greenberg, R. Van Balen, 1999)

L. S. Greenberg şi R. Van Balen (1999) considerau că anxietatea este răspunsul organismului când o discrepanţă între conceptul de Sine şi experienţă ameninţă să fie conştientizată şi să cauzeze o dezbinare a conceptului de Sine. În aceste momente, ca răspuns la nevoile puternice, persoana produce un comportament inconsistent cu conceptul de Sine şi, cel mai adesea, ea reneagă experienţa sau comportamentul ca fiind „al său". Această viziune este sintetizată în figura de mai jos, unde este ilustrat modelul incongruenţei dintre conceptul de Sine, ghidat de tendinţa de autoactualizare, şi experienţa organică, ghidată de o tendinţă de actualizare. Această incongruenţă conduce fie la o acceptanţă sănătoasă, fie la distorsiune sau respingere imediată a experienţei, fie la fragmentarea conceptului de Sine.

Modelul incongruenței (după L. S. Greenberg, R. Van Balen, 1999)



6.4. Modelul diferențial al incongruenței (DIM) al lui Gert-Walter Spencer (1999)

Gert-Walter Spencer (în „Handbook of experiential psychotherapy", 1999) consideră definiția congruenței oferită de Rogers ca prea reductivă, Eul congruent părând să fie redus la identificarea armonioasă, la disponibilitatea conștientizării, exprimării și comunicării acelor sentimente care-și au originea în autoactualizarea organismului uman. De aceea, el oferă o definiție mai cuprinzătoare a congruenței, ca fiind experimentarea unei compatibilități între toate experiențele emoționale, cognitive și fizice curente, care sunt importante din punct de vedere subiectiv, și Eul persoanei. Spencer descrie un model diferențial al incongruenței (DIM), în care distinge între cogruența Eului, pe de o parte, și congruența dintre Eu și experiență, pe de altă parte. Eul este văzut ca fiind alcătuit din moșteniri dispoziționale, comunicări mediate social și părți determinate de experiențele de viață. Congruența Eului este experimentarea compatibilității dintre aceste părți ale Eului. Astfel, congruența Eului înseamnă experimentarea unei consonanțe sau compatibilități între evaluarea dispozițională organică, condițiile introiectate mediate prin comunicarea socială asupra lumii și valorilor persoanei, care merg de-a lungul constructelor experienței sale de viață. Congruența dintre Eul real și Eul ideal ar putea fi doar un exemplu al congruenței Eului. În viziunea autorului citat, congruența dintre Eu și experiențele semnificative ar însemna că persoana este congruentă cu Eul său prezent în orice moment. Totuși, experiența se referă nu doar la Eul persoanei, ci și la mediul social, la societate sau la situația de viață trăită. Definiția extinsă asupra congruenței recunoaște coexistența unor experiențe care sunt congruente cu unele părți ale Eului și incongruente cu alte părți ale Eului. Aceste experiențe incongruente nu sunt în mod necesar patologice.

Sursele de incongruență sunt în special unele social-comunicative. Persoanele sănătoase psihic sunt conștiente că acestea sunt introiecții și nu le permit să altereze idealul lor de perfecționare. În special prin utilizarea strategiilor cognitive, ele pot limita și relativiza incongruența în interiorul câmpului total de experimentare. Astfel, ele sunt capabile să tolereze incongruența.

Cea mai importantă atitudine care promovează congruența este toleranța incongruenței. Toleranța incongruenței permite persoanei să accepte experiențele de incongruență ale Eului, adică să-și recunoască contradicțiile nerezonabile din existența sa și să le accepte fără să se considere „nebună". Pe deasupra, toleranța incongruenței

protejează persoana contra consecințelor patologice care pot rezulta din activitatea psihofizică și stresul asociat cu experimentarea incongruenței. Mai mult, ea poate, eventual, promova creativitatea persoanei și servește la menținerea și dezvoltarea unui Eu sănătos. Ca rezultat, Eul evoluează spre autoactualizare. De aceea, promovarea toleranței incongruenței este o parte importantă a muncii terapeutice, în viziunea autorului.

Abilitatea de a experimenta congruența și toleranța incongruenței se dezvoltă în mod optim într-un climat social de comunicare interpersonală, incluzând contactul corporal, schimbul de emoții, activitățile comune, comunicarea nonverbală, paraverbală și în special cea verbală. Comunicarea verbală joacă un rol predominant, deoarece ea este baza pentru simbolizarea experiențelor și a conceptului de Sine.

Chiar experimentarea incongruenței cauzează o tensiune psihofiziologică. Ea se manifestă adesea, dar nu numai, ca un sentiment de anxietate, care a fost descris prima oară de Rogers și Sanford (1985). Gert-Walter Spencer consideră că și alte simptome, altele decât anxietatea, sunt consecința incongruenței. Conform teoriei DIM acestea includ, de exemplu, sentimente de depresie, furie, jenă și vinovăție, ca și o largă varietate de simptome psihosomatice, reacții vegetative excesive și durere.

6.5. Perturbările Eului în teoria Gestalt-terapiei

În Gestat-terapie o varietate de mecanisme de perturbare a contactului de graniță între Eu și mediu sunt văzute ca împiedicând satisfacerea nevoilor. Reperarea acestor mecanisme – care implică fiecare, în principiu, o strategie terapeutică specifică – constituie o preocupare esențială a terapeutului acestei orientări. Nu se vizează însă atacarea, învingerea sau depășirea rezistențelor, ci mai curând se urmărește ca persoana să devină mai conștientă de ele, să le adapteze la situația de moment. Rezistențele devin patologice atunci când sunt exacerbate și persistă în mod rigid în momente inadecvate.

Gestalt-terapeuții își pun trei tipuri de întrebări, legate de teoria Eului (S. Ginger, 2000, p. 234):

„– Care este funcția Eului activată acum?

– Cum? Care este tipul eventual de pierdere a funcției Eului sau rezistența pusă în joc?

– Când? La ce fază a ciclului contact- retragere?”

În funcție de răspunsul la aceste întrebări ei folosesc diverse intervenții terapeutice în relația cu clienții lor.

Sunt prezentate în continuare mecanismele de perturbare ale contactului de graniță, așa cum apar ele în scrierile mai multor autori (apud I. Mitrofan, 2000; S. Ginger, 2000).

1. Confluența

Este vorba de o situație de non-contact, de fuziune prin absența provizorie a contactului de graniță dintre Eu și non-Eul sau permeabilitatea totală a granițelor Eului cu mediul. Eul nu poate fi identificat.

Bebelușul este în confluență normală cu mama sa (simbioză) și, pe măsură ce crește, confluența este urmată de retragere, permițând copilului să-și cucerească contactul de graniță, să-și găsească identitatea sa proprie.

„Acest fenomen de fuziune, confluență, unificare a interiorului cu exteriorul, poate fi întâlnit în două variante experiențiale diferite, situate la antipozii ființei umane: experiența psihotică, definind cel mai grav nivel al destructurări persoanei, al pierderii de sine, al alienării și experiența transpersonală, mistică, artistică sau meditativă, de nivel transconștient sau metaconștient – definind un nivel superior al dezvoltării personale, numită dezvoltare transpersonală. Dacă în primul caz, în experiența bolii psihice, asistăm la un fenomen de ruptură de sine, de îndepărtare de sine, de depersonalizare, de pierdere și uitare de sine prin mecanism regresiv activ, motivațional, cognitiv și spiritual, în experiența transpersonală este vorba de o regăsire de sine, de o unificare supraconștientă cu realitatea totală, numită de unii divinitate, de alții conștiință universală. Diferențierea esențială, calitativă, între cele două tipuri de experiențe se referă la mecanismul conștientizării. Astfel, dacă în cazul psihoticului putem să vorbim de o pierdere a conștientizării de sine, care-l conduce la pierderea granițelor și fuziunea patologică cu mediul, în experiența transpersonală asistăm la un fenomen de transcendere a nivelui conștient normal, obișnuit, prin dilatarea câmpului conștiinței și accesul direct, instantaneu, spontan și complet la cunoașterea realității." (I. Mitrofan, 2000, p. 72).

Atitudinea terapeutică constă în a lucra asupra frontierelor Eului, asupra specificității persoanei, asupra limitelor temporale și asupra fluidității relațiilor (alternanța contactelor și rupturilor). Mai multe exerciții clasice de Gestalt-terapie (corporale, verbale sau simbolice) favorizează afirmarea propriei identități: exprimarea limitelor corporale, al propriului ritm în grup, căutarea locului său specific, „confruntarea" fizică cu un partener etc.

2. *Introiecția* constituie baza educației copilului și a creșterii sale: noi nu putem crește decât asimilând lumea exterioară, unele alimente, unele idei, unele principii.

Atunci când persoana preia și asimilează fără discriminare informații, valori, comportamente cu care intră în contact în mediul ei de viață, introiecția devine patologică. Valorile introiectate sunt impuse Eului și conduc la structurarea unui caracter rigid, având la bază preluarea unor roluri și comportamente din exterior. Persoana nu numai că nu este conștientă de ea însăși, de nevoile, de tendințele, de scopurile și resursele proprii, dar operează pentru sine în baza regulilor, valorilor și elementelor comportamentale introiectate, adesea complet străine, nepotrivite sau orientate împotriva naturii sale reale. Persoana se îndepărtează de sine, înstrăinându-se, autofalsificându-se.

„Similar altor tulburări de graniță, acest mecanism de „înghițire a întregului", poate fi sănătos sau patologic, depinzând de gradul de conștientizare. În cazul deficiențelor de structurare a personalității, ca și în unele cazuri de patologie psihică, introiecția poate explica rigiditatea caracterială extremă, suspiciunea și dubitația obsesivă, antrenând conduite inadecvate, fie de supraresponsabilizare, fie de deresponsabilizare, datorate unei imagini de sine automistificate." (I. Mitrofan, 2000, p. 73).

În Gestalt-terapie se urmărește dezvoltarea independenței clientului, a responsabilității și asertivității sale și descurajarea oricărui refugiu iluzoriu în introiecție.

3. Proiecția

Perls a definit-o ca inversul introiecției: „în timp ce introiecția este tendința de a face Eul responsabil de ceea ce, de fapt, este o parte a mediului, proiecția este tendința de a conferi mediului responsabilitatea a ceea ce își are originea în sine". Cu alți termeni, în timp ce în introiecție Eul este invadat de către lumea exterioară, în proiecție Eul este cel care „debordează" și invadează lumea exterioară, persoana atribuind altora valori, intenții, sentimente, gânduri ce-i aparțin.

Există proiecții cu efect pozitiv, sanogen, ca cele care permit contactul și înțelegerea celuilalt (empatia se hrănește într-o oarecare măsură din proiecție) și cele care participă în procesele creatoare, artistice, dar există și proiecții patologice, ce provin din faptul că persoana nu este conștientă de sine, neacceptând responsabilitatea celor proiectate în altcineva sau altceva. În acest ultim caz rezultă din proiecție o confuzie a Eului cu altul, ea fiind un proces neconștientizat. Proiecția generează aici erori în evaluarea non-Eului (persoane, relații, situații, evenimente exterioare) și blochează adaptarea. Proiecția devine un mecanism de apărare obișnuit și stereotip, independent de comportamentul efectiv actual al celorlalți.

Mecanismul proiecției este frecvent în nevroze și în structurile disarmonice de personalitate. Egocentricii, imaturii, senzitivii, evitanții, persoanele cu Eu hipertrofiat și tendințe interpretative, paranoicii, rigizii utilizează frecvent proiecția. „Proiecția este simptomatică pentru o slabă conștientizare de sine mascată și deplasată într-o aparentă cunoaștere de altul." (I. Mitrofan, 2000, p. 73).

Intervenția terapeutică este mult facilitată de lucrul în grup. Este atunci posibil ca persoana să-și confrunte părerile cu ale celorlalți membrii ai grupului și să devină conștientă de proiecțiile pe care le face.

4. Retroflecția constă într-un mecanism prin care persoana întoarce contra ei înseși energia mobilizată, își face ei înseși ceea ce ar vrea să le facă celorlalți (ex.: își mușcă buzele și-și strânge dinții pentru a nu agresa pe altcineva) sau își face ei înseși ceea ce ar vrea să-i facă ceilalți (ex.: se laudă singură).

Ea presupune un proces e reoglindire, de revenire asupra Eului prin Sine, bazată pe o divizare în cadrul Eului. Acest mecanism psihologic orientează asupra sieși mereu același tip de informație și de resurse, substituind Eul mediului. Mediul este înlocuit cu iluzia autosuficienței. O formă de retroflecție este introspecția, care poate fi patologică sau normală.

Retroflecția sănătoasă este necesară: ea este semnul educației sociale, maturității și controlului de sine. Nu putem să exprimăm într-o manieră spontană nici toate tendințele noastre agresive, nici toate dorințele erotice. Retroflecția nu devine patologică decât când ea este cronică sau anacronică și conduce la o inhibiție permanent masochistă a pulsiunilor sau, invers, la o exacerbare a satisfacțiilor narcisice.

Retroflecția cronică va fi la originea diferitelor somatizări: forțându-se să-și stăpânească mânia sau ranchiuna, persoana face crampe la stomac sau un ulcer. Lucrările lui Laborit asupra inhibiției acțiunii și acelea ale lui Simonton asupra cancerului arată faptul că acesta atinge, într-o proporție statistică semnificativă, persoanele prea

controlate, care nu-şi manifestă deloc, în mod explicit, emoţiile – nici cele pozitive (veselie, entuziasm etc.), nici cele negative (mânie, tristeţe etc.), acumulând astfel stres şi uzându-şi resursele mecanismelor lor imunitare.

Terapia va consta deci în a încuraja exprimarea emoţiilor (unele niciodată formulate), în amplificarea lor, până la un catharsis eliberator.

5. *Deflecţia* constă în evitarea contactului direct, deturnând energia de la obiectivul său primar. Este vorba de o atitudine de fugă, de evitare, de manevre inconştiente de diversiune. Exemple de deflecţie: „a nu privi pe cineva în ochi"; a vorbi şi a înţelege foarte multe lucruri, dar toate în afara subiectului; a vorbi vag şi mult.

Deflecţia sistematică şi inadecvată interzice orice contact veritabil şi poate chiar, în cazurile limită, să evoce psihoza: persoana nu aderă niciodată la o situaţie, vorbeşte întotdeauna „pe de-alături", despre altceva sau acţionează independent de mediul exterior. Persoana se simte „neatinsă" ori de câte ori respinge ceea ce i se oferă sau se percepe ca ineficientă când ceea ce primeşte nu corespunde dorinţelor sau aşteptărilor sale şi, în acest caz, fie că evită, fie că deturnează contactul. În deflecţie, contactul este rigid, fiind similar cu dezangajarea (R. Levant, 1984).

Alte fenomene, cum ar fi conflictul dintre polarităţi, afacerile neterminate, evitările şi catastrofizarea sunt de asemenea văzute ca procese importante ce produc disfuncţia Eului.

L. S. Greenberg şi R. Van Balen (1999) cred că există o anume confuzie în teoria Gestalt între diferite viziuni ale disfuncţiei şi schimbării. Astfel, o viziune, reflectând influenţa psihanalitică, susţine conştientizarea sau descoperirea de conţinuturi anterior neconştientizate ca având un efect curativ, ceea ce implică că ascunderea conţinuturilor ar fi patogenică. Patologia în acestă viziune rezultă din inabilitatea persoanei de a-şi integra reprezentările şi reacţiile la unele experienţe existente deja în auto-organizarea Eului.

O altă viziune consideră că mai importantă ca reprimarea ar fi lipsa de personalizare a experienţei trăite de către persoană. Astfel, terapia promovează personalizarea unei experimentări depline a lucrurilor despre care vorbeşte persoana, mai degrabă decât să facă inconştientul să devină conştient. În această viziune, ceea ce este depersonalizat nu este considerat, în sine, patologic. Disfuncţia se produce datorită depersonalizării resurselor şi nevoilor orientate spre creştere sau datorită evitării durerii. Cheia schimbării în viziunea experienţială este repersonalizarea şi reprocesarea experienţei pentru a o asimila în structurile de înţelegere (semnificaţie) existente şi nu conştientizarea conţinuturilor reprimate. Aceasta este diferenţa esenţială faţă de viziunile psihanalitice clasice, în care se gratifică, în mod indirect, nevoile infantile sau imorale care sunt reprimate.

Totuşi, într-o altă viziune, conştientizarea procesului de identificare şi a alienării experienţei au fost considerate calea spre sănătate. Conştientizarea funcţionării a fost văzută ca furnizând oamenilor opţiunea de a alege dacă şi cum să-şi trăiască propria experienţă (Perls şi al., 1951). Terapia a fost văzută ca oferind experimentarea de coştientizări intenţionate pentru a promova experienţa oamenilor ca agenţi activi în

experienţa lor, astfel că ei încep să experimenteze că „Sunt eu cel care gândesc, simt şi fac aceasta." (Perls şi al., 1951, p. 238). Această viziune asupra disfuncţiei s-a focalizat pe conştientizarea întreruperilor mai degrabă decât pe repersonalizarea experienţei întrerupte. Conştientizarea modului cum funcţionează persoana conduce la alegere şi recâştigarea acestei capacităţi este considerată calea spre sănătate.

L. S. Greenberg şi R. Van Balen (1999) consideră că o limită a acestor teorii ar fi aceea că ele au tendinţa de a explica toate problemele psihologice printr-un singur mecanism universal, fie el incongruenţă, respingere, depersonalizare, lipsa conştientizării sau pierderea sensului. Dar o singură viziune asupra disfuncţiei este incapabilă să explice toate problemele. Autorii citaţi cred că, mai degrabă, disfuncţia se produce prin mai multe căi.

La nivelul cel mai global, ei văd inabilitatea de a integra aspecte ale funcţionării în relaţii interne coerente, armonioase, ca sursă majoră de disfuncţie. Astfel, problemele în organizarea Eului sunt văzute ca producând disfuncţie. Această viziune încorporează teoriile lui Rogers şi Perls asupra incongruenţei. Conflictul este aici văzut ca producându-se între diferite oraganizări ale Eului, între diferite păreri (voci) şi nu între conştient şi inconştient, moral şi imoral. Reprimarea şi depersonalizarea sunt văzute ca probleme în sintetizarea şi auto-organizarea funcţiilor Eului.

Un alt nivel al disfuncţiei, în linia lui Gendlin, Perls şi Rogers, este văzut în inabilitatea persoanei de a simboliza senzaţiile corporale constituente ale experienţei în conştientizare sau simbolizarea lor în moduri restrictive sau rigide. Astfel, persoana poate să nu fie conştientă sau capabilă să înţeleagă tensiunea crescândă din corpul său ca fiind resentiment. Aceasta confuzionează sau dezorientează persoana.

A treia sursă majoră de disfuncţie implică activarea prin indicaţii minime ale miezului schemelor emoţionale neadaptative. Aceasta conduce fie la experienţe emoţionale neplăcute, dureroase, fie la un simţ al Eului slab (Greenberg şi Paivio, 1997). Funcţionarea acestui proces implică că nu toată experienţa internă bazală este un ghid adaptativ, ci şi că, în continuarea beneficiilor de a deveni conştient de constituenţii de bază ai experienţei, însăşi experienţa de bază necesită uneori schimbări terapeutice. De exemplu, în sindromul de stres post-traumatic sistemul emoţional semnalizează adesea o alarmă atunci când nu este prezent niciun pericol. În mod similar, istoriile de abuz sau de ataşament sărac pot conduce la experienţe neadaptative, la neîncredere în relaţiile interpersonale apropiate sau la dorinţa unor experienţe emoţionale care nu sunt în interesul cel mai bun al persoanei.

Pe deasupra, la aceste trei procese generale de disfuncţie se adaugă o largă varietate de dificultăţi ale procesării cognitiv-afective, care apar în terapie şi furnizează oportunităţi pentru intervenţiile terapeutice cel mai bine adaptate la aceste situaţii. Referirea la diferite niveluri (situaţii) specifice ajută explicarea diferitor tipuri de disfuncţii (Rice şi Greenberg, 1984).

Greenberg şi al. (1993) au descris o varietate de probleme specifice ca surse a unor tipuri de dificultăţi experienţiale. Astfel, sunt reacţiile problematice în care viziunea pe care o are persoana asupra unei experienţe şi reacţia sa nu se potrivesc; sciziunile în evaluările Eului, în care o parte a Eului evaluează negativ o alta; afacerile neterminate, ce implică amintirile nerezolvate din punct de vedere emoţional; şi declaraţia de

vulnerabilitate ce implică un simţ fragil al Eului. Toate implică diferite tipuri de procesare schematică a problemelor. Fiecare situaţie solicită intervenţii diferite, desemnate să se ocupe cu procesarea cognitiv-afectivă a problemelor. Aceasta oferă o viziune diferenţială asupra disfuncţiei în care determinanţii curenţi şi factorii ce menţin tulburările sunt diagnosticaţi printr-o formă de diagnoză procesuală, în care terapeuţii identifică, în timpul sesiunii, markerii de oportunităţi pentru implementarea unor tipuri de intervenţie specifice şi schimbarea proceselor.

6.6. Patologia Eului din punctul de vedere al experimentării Eului – teoria lui B. Wolfer şi P. Sigl (1999)

În sensul cel mai general, teoria celor doi autori sugerează că patologia Eului începe cu un dezechilibru între focalizarea atenţională duală a experiementării Eului, respectiv dintre experienţa emoţiilor şi reflexivitate. Astfel, dificultăţile emoţionale se produc imediat ce experienţa Eului este ignorată şi persoana răspunde doar prin noţiuni preconcepute despre sine. Un exemplu ar fi acela al unui student care primeşte doar note de 10 la examene, dar el continuă să gândească despre sine că nu este prea deştept. Dificultăţile emoţionale apar, de asemenea, când persoana nu are o conceptualizare clară despre sine.

B. Wolfe a studiat patologia Eului asociată cu dezordinile anxioase. El consideră că multe din aceste patologii implică la început doar una din întreruperile experimentării imediate a Eului, desemnate să protejeze coerenţa credinţei despre sine – aceasta se întâmpă atunci când calea de la experienţa imediată de sine la reprezentarea de sine este blocată sau întreruptă.

Există trei tipuri majore de întrerupere (cf. B. Wolfe, 1992):

1. Împiedicarea conştientizării gândurilor, sentimentelor şi motivelor.
2. Inhibarea acţiunii expresive.
3. Interferarea cu conştientizarea impactului acţiunii persoanei asupra altora şi vice-versa.

Principiul fundamental al întreruperii defensive este acela că oamenii încearcă să-şi regleze experienţa afectelor negative prin reducerea conştientizării de sine, iar preţul plătit este o evitare a perspectivei subiective a persoanei. Atenţia la evenimentele interne sau externe este adesea întreruptă, în sensul evitării experienţelor de diminuare a Eului sau, într-un caz extrem, de rănire a Eului persoanei.

Există diferite moduri prin care oamenii îşi întrerup experienţele lor directe de sine. Un întreg catalog de defense psihologice descrise de teoriile psihanalitice şi Gestalt-terapie reprezintă strategii implicite şi explicite pentru întreruperea conştientizării de sine a persoanei. Astfel, defensele psihanalitice, cum ar fi reprimarea, proiecţia, negarea, disimularea şi somatizarea (Horowitz, 1988), ca şi defensele identificate în Gestalt-terapie, cum ar fi înceţoşarea sau estomparea conştiinţei persoanei şi retroflecţia acţiunii şi interacţiunii (Smith, 1985), toate acestea au aceeaşi funcţie: să ajute persoana să evite sau să se abată de la semnificaţia dureroasă a experienţei şi sentimentele ce o acompaniază.

Fiecare proces defensiv schimbă automat atenţia de la sensibilitate la experienţa de sine reflexivă. O caracteristică importantă a tuturor tulburărilor anxioase este inabilitatea persoanei de a-şi muta atenţia de la conştientizarea reflexivă. Aceste două procese, întreruperea defensivă a experienţei imediate de sine şi focalizarea reflexivă a atenţiei, conduc la dezvoltarea sau la menţinerea unei anumite forme de patologie a Eului. Acestea include următoarele (B. Wolfe, 1995):

– conţinutul disfuncţional al credinţelor specifice despre sine;

– organizarea disfuncţională a informaţiilor în stuctura Eului (care este construită aici ca o organizare a experienţei relevante despre sine);

– experienţă de sine nepersonalizată;

– discrepanţe între credinţele despre sine şi experienţa imediată de sine;

– încercarea de a scăpa de o dezaprobare sau respingere a Eului.

PARTEA A II-A: EVALUAREA CONCEPTULUI DE SINE LA ADOLESCENŢI – NORMALITATE VERSUS PATOLOGIE –

În prezenta cercetare am plecat de la modelul teoretic al conceptului de sine al lui Rene L'Ecuyer (1990, 1993) şi am folosit ca **metodă de evaluare** chestionarul G.P.S. (Geneza Percepţiei de Sine), ambele prezentate pe larg în partea teoretică lucrării.

Un prim scop al cercetării a fost adaptarea instrumentului G.P.S. şi determinarea profilelor dezvoltării conceptului de Sine la adolescenţii liceeni din Bucureşti. Am plecat de la premisa că determinarea acestor tipuri de profile este importantă pentru practica de consiliere a adolescenţilor.

Al doilea scop a fost determinarea specificului modificării profilului conceptului de Sine la adolescenţii cu disfuncţii psihice. Aceasta este o prelungire a muncii prof. Rene L'Ecuyer, al cărui scop principal, atunci când a creat instrumental G.P.S., a fost studiul evoluţiei normale a conceptului de Sine la persoanele cu vârste cuprinse între 3 şi 100 de ani, sănătoase din punct de vedere fizic şi psihic. Autorul a considerat că aducerea acestor elemente noi în cunoaşterea dezvoltării conceptului de Sine va contribui, de asemenea, la clarificarea unor aspecte de patologie şi, mai ales, va putea să furnizeze puncte de reper pentru tratament şi recuperare. Totuşi el nu a studiat specificitatea dimensiunilor conceptului de Sine la persoane cu disfuncţii psihice.

Cercetarea s-a desfăşurat în două etape. Le voi prezenta în continuare pe fiecare, pe larg.

1. PRIMA ETAPĂ A CERCETĂRII

1.1. Obiectivele şi ipotezele cercetării

Obiectivul metodologic al acestei prime etape a cercetării a fost adaptarea instrumentului G.P.S. şi determinarea profilelor dezvoltării conceptului de Sine la adolescenţii liceeni din Bucureşti.

Am avut ca **obiective teoretice** identificarea celor mai importante domenii ale conceptului de Sine în perioada adolescenţei; schimbările care apar de-a lungul înaintării în vârstă; diferenţele care există între profilele conceptului de Sine între fete şi băieţi.

Ipotezele cercetării au fost următoarele:

1. Există diferenţe în interiorul conceptului de Sine atât în lotul fetelor, cât şi al băieţilor din clase şcolare diferite (a IX-a, a X-a, a XI-a, a XII-a).
2. Există diferenţe de gen la nivelul conceptului de Sine în perioada adolescenţei.
3. Există diferenţe între fete şi băieţi în interiorul aceleiaşi clase şcolare.

1.2. Lotul de subiecţi

Au fost chestionaţi 480 de adolescenţi, jumătate fete şi jumătate băieţi, cu vârste cuprinse între 14½ şi 18½ ani. Aceştia au fost aleşi la întâmplare din 11 licee bucureştene, atât centrale, cât şi din cartierele periferice, la profile de real şi uman, repartizaţi în mod egal pe clase de studiu.

Subiecţii incluşi în studiu pot fi consideraţi ca fiind normali în planul inteligenţei şi personalităţii (absenţa unor tulburări grave emoţionale, de comportament sau de adaptare la realitate), ca şi al sănătăţii fizice.

1.3. Metodologia de lucru

Subiecţii au fost testaţi cu chestionarul G.P.S. *(vezi anexa)*. Pentru a obţine autodescrieri sincere a fost foarte important ca adolescenţii să fie bine motivaţi pentru a participa la cercetare. Chestionarul a fost aplicat pe grupe mici de câte zece elevi.

1.4. Procedee pentru prelucrarea rezultatelor

Scorarea autodescrierilor subiecţilor s-a făcut în acord cu R. L'Ecuyer (1990). Conform manualului metodei G.P.S., prelucrarea răspunsurilor începe cu **codificarea** lor. Odată materialul strâns, codificarea se face plecând de la definiţiile experienţial-evolutive ale fiecărei dimensiuni ale conceptului de Sine (vezi partea teoretică a lucrării).

Fiecare enunţ sau unitate de sens sunt mai întâi codificate la nivelul categoriilor conceptului de Sine. A codifica înseamnă deja a da un sens unui enunţ. În concepţia lui Rene L'Ecuyer codificarea sau clasificarea răspunsurilor în diferite dimensiuni ale conceptului de Sine este necesar să fie făcută în funcţie *de sensul pe care pare să fi vrut să-l dea persoana în interiorul autodescrierii sale*, nu de interpretarea care poate fi făcută de cercetător. În acest scop, trebuie să se facă frecvent referire la contextul general al protocolului în care se inserează enunţul de codificat. Fiecărei dimensiuni îi este atribuit un simbol specific.

Odată ce toate enunţurile (unităţile de sens) sunt codificate în categoriile lor corespondente, se trece la **cuantificarea** lor. Aceasta debutează mai întâi cu categoriile, apoi se trece la sub-structuri ale Eului şi la sfârşit la structuri ale Eului. Principiul de cuantificare adoptat este acela de a aduna numărul de persoane diferite ce au formulat enunţuri (fie unul sau mai multe) codificate la o categorie dată. Cuantificarea la nivel de sub-structuri se referă la numărul total de persoane diferite ce au formulat cel puţin un enunţ la diversele categori subiacente la această sub-structură. În sfârşit, la nivel de structuri, cuantificarea indică numărul total de persoane diferite ce aparţin la sub-structurile lor respective.

Aplicarea diverselor etape de analiză de conţinut permit identificarea apartenenţei acestor enunţuri la diferitele dimensiuni ale Eului. Toate protocoalele sunt codificate astfel. Modul de cuantificare utilizat face imposibilă obţinerea de profile individuale, ci numai de profile pentru întregul grup. Pentru a realiza profile individuale se poate trece la calcularea frecvenţelor enunţurilor la fiecare dimensiune.

Pentru a facilita compararea între nivelele de organizare sau între grupe diferite, Rene L'Ecuyer recomandă să se convertească subiecţii în procentaje (se raportează numărul de subiecţi corespunzători fiecărei dimensiuni la numărul total de subiecţi evaluaţi).

Poate fi determinat gradul de importanţă al diferitelor percepţii de sine (centrale, intermediare şi secundare), ţinând cont de următoarea regulă:

– **percepţiile centrale (C)** sunt acelea la care 70% şi mai mult dintre persoanele aceluiaşi grup de vârstă formulează unul sau mai multe dintre enunţurile corespunzătoare unei anumite dimensiuni a Eului;

– **percepţiile secundare (S)** sunt acelea la care 30% sau mai puţine dintre persoane formulează unul sau mai multe enunţuri la o dimensiune dată a Eului;

– **percepţiile intermediare (I)** sunt acelea la care între 31% şi 69% dintre persoanele aceluiaşi grup de vârstă formulează unul sau mai multe dintre enunţuri la o dimensiune dată a Eului.

În manualul de interpretare se specifică faptul că aceste limite nu sunt arbitrare. Ele sunt fructul unei analize detaliate a dispersiei tuturor rezultatelor la toate vârstele. Acestea sunt limitele care comportă cel mai mic număr de excepţii. În coroborare cu analiza profilelor de dezvoltare, este astfel posibil să se urmărească simultan schimbările gradului de importanţă al aceleiaşi dimensiuni de la un grup de vârstă la altul, şi aceasta pentru cele 43 dimensiuni ale conceptului de Sine.

Diverse forme de analiză cantitativă şi de comparare

Plecând de la momentul unde cuantificările sunt făcute şi unde diferite percepţii sunt identificate, sunt posibile diferite forme de analiză şi de comparare.

Pentru a face o analiză statistică, autorul recomandă folosirea testului **Chi pătrat** comparând dimensiunile între ele, două câte două în interiorul aceluiaşi grup (intragrup) sau aceeaşi dimensiune la două grupe distincte (intergrup). Practica îndelungată cu acest instrument l-a determinat pe autor să considere că diferenţa între două dimensiuni sau între două grupuri trebuie să se situeze între 20% şi 30% pentru a deveni statistic semnificativă. Când se calculează testul **Chi pătrat**, trebuie să se facă plecând de la numărul (nu procentele) de persoane ce au formulat enunţuri şi ce aparţin diverselor dimensiuni.

Aceste rezultate permit efectuarea **diverselor tipuri de analiză** a informaţiilor: studiul profilelor dimensiunilor conceptului de Sine în interiorul unui anumit grup; analiza caracteristicilor intergrupale; analiza percepţiilor centrale şi secundare; calculul raportului C/S; analiza organismică a componentelor conceptului de Sine, şi în sfârşit, analiza conţinuturilor perceptuale.

a. Construirea şi analiza profilelor perceptuale intra şi intergrup

Analiza procentajelor permite constatări mai specifice în **analiza intragrup** la cele trei nivele de organizare. Toate comparările posibile pot fi făcute şi înţelese din punct de vedere statistic. Pot fi construite profile perceptuale pentru fiecare dintre nivelele de organizare ale Eului: profile ale structurilor, profile ale sub-structurilor şi ale categoriilor. Acest procedeu permite analiza organizării ierarhice a diferitelor percepţii de sine caracteristice fiecărei vârste, comparând fetele cu băieţii. Este de asemenea posibil să se

studieze caracteristicile fiecărei categorii de vârstă la un moment precis al dezvoltării şi chiar compararea simultană a două grupuri diferite. Există avantajul de a compara aici procentele de persoane, pentru a face graficul direct comparabil.

Profilele de dezvoltare ilustrează variaţiile unei anumite dimensiuni de la o vârstă la alta (în cazul cercetării prezente, de la 14½ la 18½ ani). Ele sunt construite plecând de la procentul de persoane ce au formulat unul sau mai multe enunţuri codificate la acea dimensiune pentru fiecare din diferitele grupuri de vârstă. Se determină astfel: evoluţia celor cinci structuri, evoluţia fiecăreia dintre structuri acompaniate de sub-structurilor lor, evoluţia fiecăreia dintre sub-structuri acompaniate de categoriile lor. Aceste analize pot conduce la identificarea mai specifică a diferenţelor şi asemănărilor între cele două grupe diferite la aceleaşi paliere de organizare perceptuală.

Autorul atragea atenţia asupra riscului interpretării strict cantitative a rezultatelor. De exemplu, atunci când procentajele sunt identice sau asemănătoare pentru aceeaşi dimensiune între fete şi băieţi, aceasta ar conduce în mod spontan spre aşteptarea că nu există diferenţe între ei la această dimensiune, dacă cele două grupe se percep în aceeaşi manieră. Totuşi, ar trebui să ne întrebăm mai departe dacă aceasta semnifică că această similitudine cantitativă corespunde într-adevăr unei similitudini a conţinuturilor psihologice. Doar analiza calitativă a conţinuturilor perceptuale ale categoriilor va permite descoperirea acestor nuanţe imposibil de realizat doar prin analiză cantitativă.

b. Analiza percepţiilor centrale, intermediare şi secundare – intra şi intergrupale

Analiza intragrup şi intergrup a categoriilor centrale, intermediare şi secundare duce la o serie de particularităţi în înţelegerea conceptului de Sine. Se poate comenta poziţia fiecărei categorii specifice raportată la altele în interiorul aceluiaşi grup şi se pot preciza diferenţele semnificative.

Acelaşi lucru se poate realiza în compararea intergrupală: comentarea dimensiunilor ce au aceleaşi nivele de importanţă atât la fete, cât şi la băieţi, apoi acelea ce nu au aceeaşi importanţă şi uneori cu diferenţe importante.

c. Analiza organismică

Până aici, fiecare dintre dimensiuni a fost analizată mai ales separat. Analiza organismică constă în considerarea simultană a unei structuri, acompaniată de substructurile şi categoriile sale, în funcţie de variaţiile gradului de importanţă al percepţiilor. Poate fi făcută o analiză intragrup, apoi o comparare intergrup. Aceasta permite evidenţierea a cel puţin două particularităţi:

• Gradul de importanţă al unei structuri nu depinde întotdeauna de aceleaşi raţiuni, deoarece el este legat de fluctuaţiile dimensiunilor sale subiacente – sub-structurile şi categoriile –, care explică gradul de centralitate. În studiile sale, prof Rene L'Ecuyer a observat că acesta variază odată cu vârsta subiecţilor.

• Această analiză organismică permite de asemenea observarea existenţei blocurilor de percepţii având aceeaşi organizare internă în timpul unei anume perioade, organizare care se schimbă în cursul unei alte perioade de vârstă, contribuind astfel la o identificare mult mai precisă a perioadelor sau stadiilor (şi a sub-stadiilor) în dezvoltarea conceptului de Sine.

Toate tipurile de comparaţii pot fi făcute astfel pentru fiecare dintre cele 5 structuri, unele în raport cu altele, ţinând cont de dimensiunile lor subiacente, în interiorul aceluiaşi grup sau între grupuri diferite. Clarificările astfel obţinute aduc foarte multe informaţii privind tabloul conceptului de Sine.

d. Analiza conţinuturilor perceptuale experienţiale

Până aici, toate exemplele de analize intra şi intergrupale au fost tratate ţinând cont de asemănările şi diferenţele cantitative. Există eventuale variaţii de conţinut între diverse enunţuri în aceeaşi categorie, variaţii care scapă la o singură analiză cantitativă tradiţională. „Faptul de a fi codificate în aceeaşi categorie nu face enunţurile sau unităţile de sens să fie identice” (Rene L'Ecuyer , 1990).

Interpretarea doar a rezultatelor cantitative este incompletă, ea revelând doar o parte a realităţii. Concepul de Sine se referă mai întâi şi înainte de orice la experienţa profundă şi intimă a propriei fiinţe. În acest context, datele cantitative nu sunt decât indici, ghizi printre altele pentru a ajuta să fie înţeleasă dezvoltarea conceptului de Sine. Faptul de a fi toate codificate în aceeaşi categorie nu face ca aceste enunţuri să fie la fel sau sinonime. Dimensiunile conceptului de Sine nu indică decât genul de enunţuri care se regăsesc aici, nu particularităţile conţinutului lor specific. Conţinutul descrierilor de sine ce aparţin aceloraşi categorii variază odată cu vârsta. A ţine cont de toate aceste specificităţi ale conţinuturilor ar duce la identificarea unui număr mult mai mare de categorii specifice, ceea ce ar face ca întreg modelul conceptului de Sine să fie greoi şi dificil de înţeles. Se obişnuieşte să se reducă modelul la un număr mai restrâns de dimensiuni şi, din nefericire, doar la datele lor cantitative. Informaţii importante sunt astfel pierdute.

Prof. Rene L'Ecuyer recomandă ca cifrele obţinute să fie utilizate cu titlul de tendinţă şi să fie în mod constant asociate cu variaţiile conţinuturilor perceptuale, pentru a ajunge la o înţelegere mai globală şi mai complexă asupra evoluţiei modului în care persoana se percepe de-a lungul vieţii.

Analizele de conţinut sau **analizele calitative** permit să se meargă mai departe de similitudinile sau diferenţele de intensitate ale unui fenomen (furnizate prin analiza cantitativă), pentru a aprofunda aspectele mai psihologice sau dinamice. Astfel, absenţa diferenţelor cantitative ar putea conduce la concluzia similitudinii celor două grupe relativ la aceeaşi dimensiune; ori adăugarea analizei calitative poate revela faptul că persoanele din aceste două grupe nu vorbesc de aceleaşi lucruri sub această dimensiune, indicând prin aceasta prezenţa diferenţelor dinamice tot atât de reale şi esenţiale.

Pentru a face să reiasă legăturile care există între diferite dimensiuni din acest întreg înalt organizat care constituie conceptul de Sine, pot fi stabilite relaţii între conţinuturile perceptuale ale diferitelor dimensiuni.

1.5. Prezentarea rezultatelor

Voi descrie în continuare tabloul dimensiunilor conceptului de Sine rezultat în urma prelucrării cantitative şi calitative a autodescrierilor adolescenţilor examinaţi.

Am analizat atât profilele globale ale conceptului de Sine pentru toată perioada adolescenţei, cât şi profilele conceptului de Sine la adolescenţi în funcţie de criteriile clasă şcolară (IX, X, XI, XII) şi diferenţă sexuală.

1.5.1. Profile globale ale conceptului de Sine pentru întreaga perioadă a adolescenţei (analiză cantitativă)

Dimensiunile cheie ale conceptului de Sine sunt grupate în jurul Eului Personal, Eului Adaptativ şi Eului Social (în acord cu ceea ce se cunoaşte despre psihologia adolescentului).

Pentru analiza detaliată a profilelor globale, fiecare dintre profile va fi studiat după următorul plan: caracteristicile generale ale conceptului de Sine în perioada de vârstă cuprinsă între 14½ şi 18½ ani, rezultate din studiul detaliat al celor cinci structuri ale Eului şi dimensiunile lor subiacente: curbe de dezvoltare, modificări ale gradului de importanţă al percepţiilor, variaţii ale conţinuturilor perceptuale după vârstă şi sex.

I. Structura Eul Material

În perioada de vârstă cuprinsă între 14½ şi 18½ ani structura **Eul Material** este la nivel intermediar atât la fete, cât şi la băieţi. La nivelul sub-structurilor **Eul Somatic** are rang secundar atât la fete, cât şi la băieţi, ambele sale categorii având rang secundar.

Importanţa **Eului Somatic** este mai mare pentru adolescenţii din clasa a IX-a, datorită categoriei ***trăsături şi aparenţă fizică*** (rang intermediar). Începând cu vârsta de 15½ ani adolescenţii nu mai acordă aceeaşi importanţă acestei categorii a Eului, astfel că ea coboară la rang secundar atât la fete, cât şi la băieţi. Valoarea categoriei ***condiţie fizică şi sănătate*** este foarte mică atât în descrierile fetelor, cât şi ale băieţilor.

Percepţiile din sub-structura **Eul Posesiv** au mai multă importanţă pentru fete (rang intermediar) decât pentru băieţi (rang secundar), ambele sale categorii fiind totuşi la nivel secundar. Eul Posesiv înregistrează o constanţă a valorii categoriilor sale pentru băieţi pe tot parcursul adolescenţei, menţinându-şi valoarea secundară. La fete însă descrierile în termenii ***posesiunii de persoane*** primează asupra ***posesiunii de obiecte***, având totuşi rang intermediar doar pentru elevele din clasa a IX-a, după care coboară la nivelul rangului secundar.

II. Structura Eul Personal

Structura **Eul Personal** are rang central la amândouă sub-structurile sale: Imagine de Sine şi Identitate de Sine, atât la fete, cât şi la băieţi.

Configuraţia internă a sub-structurii **Imagine de Sine** este uşor diferită la fete faţă de băieţi. Astfel, referirile la categoriile ***sentimente şi emoţii, calităţi şi defecte*** sunt la rangul de percepţii centrale la fete şi intermediare la băieţi, pe tot intervalul vârstelor cuprinse între 14½ şi 18½ ani. Celelalte categorii ale conceptului de Sine au importanţe similare pentru fete şi băieţi. Astfel, categoria ***aspiraţii*** are rang central, categoriile ***enumerare de activităţi*** şi ***gusturi şi interese*** au rang intermediar, iar categoria ***aptitudini*** rang secundar.

Evoluţia categoriilor sub-structurii Imagine de Sine:

La fete s-a observat, de-a lungul înaintării în vârstă, modificarea importanţei la două categorii. Categoria ***enumerare de activităţi*** are rang central la fetele din clasa a IX-a, pentru a scădea la rangul intermediar începând cu clasa a X-a. Referirile la categoria ***calităţi şi defecte*** sunt cele mai numeroase la fetele din clasele a X-a şi a XI-a, când ajung la rangul central, pentru a coborî la rangul intermediar la cele de clasa a XII-a.

La băieţi categoria **aspiraţii** coboară la rang intermediar la cei de clasa a X-a, pentru a urca iarăşi în rang începând cu clasa a XI-a. Interesant este că această categorie a aspiraţiilor, după ce a fost de rang central la adolescenţii din clasele IX-XI, devine intermediară la cei de clasa a XII-a, atât la fete, cât şi la băieţi.

Celelalte categorii au o importanţă constantă de-a lungul înaintării în vârstă.

Descrierile de sine în termenii de ***capacităţi şi aptitudini*** sunt mai puţin frecvente, această categorie având rang secundar, atât la fete, cât şi la băieţi.

Evoluţia sub-structurii Identitate de Sine:

În cadrul sub-structurii **Identitate de Sine** cele mai importante categorii, comune fetelor şi băieţilor, sunt ***roluri şi statute*** şi ***ideologie***, ambele cu rang intermediar. În cazul fetelor au rang intermediar şi categoriile ***consistenţă*** şi ***identitate abstractă***, care în cazul băieţilor rămân doar la nivel de rang secundar. Categoria cea mai puţin importantă este ***denumiri simple***. Ea se află la nivel secundar, atât la fete, cât şi la băieţi.

În interiorul sub-structurii Identitate de Sine, în cazul fetelor toate categoriile îşi modifică importanţa de-a lungul înaintării în vârstă. Interesant este că schimbările se produc în jurul vârstei de 16 ani. Categoria ***denumiri simple*** este de rang intermediar la fetele din clasa a IX-a şi a X-a şi ajunge la rang secundar la cele de clasa a XI-a şi a XII-a. Categoria ***roluri şi statute*** coboară de la rang central la rang intermediar începând cu clasa a X-a. Referirile la categoria ***consistenţă*** sunt mai numeroase pe măsura înaintării în vârstă, atingând rang intermediar începând cu clasa a X-a. Tot din clasa a X-a se schimbă şi rangul categoriei ***ideologie***, ce devine centrală, şi rangul categoriei ***identitatea abstractă***, ce devine intermediară. Ultimele două categorii au acelaşi tip de evoluţie şi în cazul băieţilor. În schimb, categoriile ***denumiri simple*** şi ***consistenţă internă*** rămân la rang secundar pe toată perioada vârstei, în timp ce categoria ***roluri şi statute*** îşi păstrează rangul intermediar.

III. Structura Eul Adaptativ

Structura Eul Adaptativ are rang central atât la fete, cât şi la băieţi. La nivelul sub-structurilor apar diferenţe între cele două sexe. Astfel, în timp ce sub-structura Valoare de Sine este centrală atât la fete, cât şi la băieţi, sub-structura Activităţi ale Eului are rang central la fete şi intermediar la băieţi.

În interiorul primei sub-structuri, cea mai importantă este categoria valoare personală, de rang central, în timp ce categoria competenţă este la rang secundar. În sub-structura Activităţi ale Eului cea mai importantă este categoria strategii de adaptare, care are rang intermediar atât la fete, cât şi la băieţi. Percepţiile de sine în termenii categoriilor autonomie, ambivalenţă, dependenţă, actualizare şi stil de viaţă ocupă un loc secundar în această sub-structură. Se observă că importanţa acestor categorii este mai mare la fete faţă de băieţi.

Categoriile sub-structurilor Activităţi ale Eului nu-şi modifică importanţa pe măsură ce adolescenţii înaintează în vârstă.

IV. Structura Eul Social

Această structură a conceptului de Sine are un rol preponderent în rândul adolescenţilor. Acest nivel de importanţă îi este conferit de prioritatea acordată sub-structurii **Preocupări şi atitudini Sociale** şi categoriei sale interne **receptivitate**, ambele având rang central la fete şi rang intermediar la băieţi.

La fete este prezentă o constanţă a gradului de importanţă a sub-structurilor Eului Social de-a lungul perioadei 14½–18½ ani. În schimb, la băieţi este prezentă o fluctuaţie a sub-structurii **Preocupări şi Atitudini Sociale**. De la rangul intermediar creşte la rang central în clasa a X-a şi scade din nou la rang intermediar în clasa a XII-a.

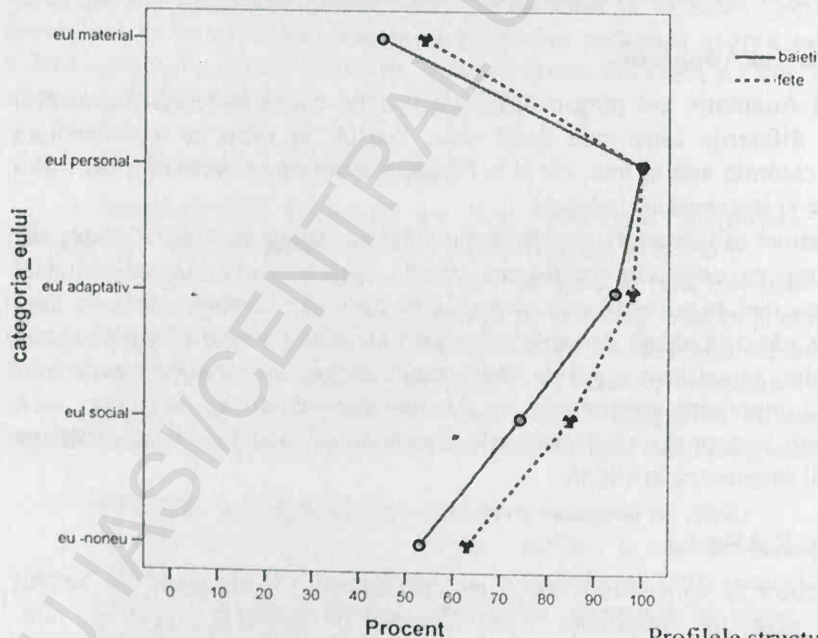
Descrierile Eului cu referire la categoria ***dominare*** (rang secundar) sunt mai numeroase la fete ca la băieţi. Iar categoria ***altruism*** are rang intermediar la fete şi rang secundar la băieţi.

Sub-structura **Referinţe la sexualitate** are rang secundar la toţi adolescenţii examinaţi. Descrierile sunt cuprinse în special în categoria ***referinţe simple***. Referirile la categoria ***atracţii şi respingeri sexuale*** au o prezenţă extrem de mică în autodescrierile adolescenţilor examinaţi.

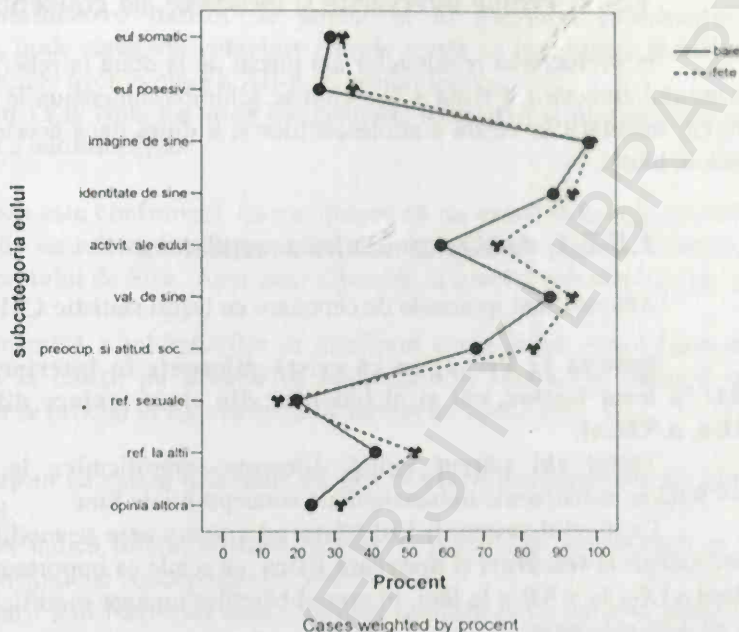
V. Structura Eu/ Non-Eu

Aceasta are rang intermediar atât la fete, cât şi la băieţi. Configuraţia sa internă este diferită în autodescrierile fetelor faţă de cele ale băieţilor. Sub-structura **Referiri la alţii** are rang intermediar la fete şi la băieţi, iar sub-structura **Opiniile altora despre sine** are rang intermediar la fete şi secundar la băieţi. Această categorie scade de la rang intermediar la rang secundar la fetele de clasa a XII-a, în timp ce pentru băieţi şi-a pierdut importanţa începând cu clasa a X-a. Se poate astfel spune că băieţii ţin cont de opiniile celorlalţi în percepţia pe care o au despre sine mai puţin decât o fac fetele.

În continuare sunt prezentate profilele grafice ale dimensiunilor conceptului de Sine pentru toată perioada adolescenţei atât pentru fete, cât şi pentru băieţi. Pot fi văzute profilele structurilor, sub-structurilor şi categoriilor Eului.



Profilele structurilor Eului la fete şi băieţi cu vârste între 14–18 ani



Profilele sub-structurilor Eului la fete şi băieţi cu vârste între 14–18 ani

TRA
CPH
OBJ
PER
ASP
ENA
SEM
INT
APT
DEF
NOM
ROL
CON
IDE
IDA
COM
VAP
STA
AUT
AMB
DEP
ACT
STY
REC
DOM
ALT
RES
SEX_A
REA
OPA
trasaturi ale eului
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Procent
Cases weighted by procent
baieti
fete

Profilele categoriilor Eului la fete şi băieţi cu vârste între 14–18 ani

1.5.2. Profile intervârste şi intersexe ale conceptului de Sine

În prelucrarea rezultatelor am plecat de la două întrebări pe care mi le-am pus la începutul cercetării. **Prima** a fost cum se schimbă dimensiunile conceptului de Sine de-a lungul înaintării în vârstă a adolescenţilor şi **a doua** dacă aceste schimbări diferă la fete faţă de băieţi.

1.5.2.1. Analiza cantitativă a rezultatelor

Am verificat ipotezele de cercetare cu testul statistic **Chi pătrat.**

Ipoteza 1: Presupun că există diferenţe în interiorul conceptului de Sine atât în lotul fetelor, cât şi al băieţilor din clase şcolare diferite (a IX-a, a X-a, a XI-a, a XII-a).

Testul **chi pătrat** indică diferenţe semnificative la pragul de semnificaţie **$p < 0,05$** la următoarele dimensiuni ale conceptului de Sine:

La nivelul structurii **Eul Material** singura care se modifică semnificativ statistic este categoria **trăsături şi aparenţă fizică**, ce scade ca importanţă în mod progresiv de la clasa a IX-a la a XII-a la fete. În grupul băieţilor nu apar modificări semnificative statistic la această categorie.

La nivelul structurii **Eul Personal** apar modificări semnificative statistic la următoarele categorii: **aspiraţii**, **calităţi** şi **defecte**, din sub-structura **Imagine de Sine**; **consistenţă**, **ideologie** şi **identitate abstractă**, din sub-structura **Identitate de Sine**.

La băieţi se observă o scădere a importanţei categoriei **aspiraţii**, în clasa a X-a, după care îşi revine în clasa a XI-a.

În cazul fetelor categoria **calităţi** şi **defecte** creşte ca importanţă în clasa a X-a şi a XI-a, pentru ca apoi să scadă iarăşi ca importanţă în clasa a XII-a.

Categoria **consistenţă** creşte mult ca importanţă, în cazul fetelor, începând cu clasa a X-a. Schimbările în interiorul categoriei **ideologie** sunt semnificative atât la fete, cât şi la băieţi, crescând progresiv ca importanţă din clasa a IX-a spre a XII-a. Diferenţele în cadrul categoriei **identitate abstractă** sunt semnificative statistic doar pentru băieţi. Această dimensiune a conceptului de Sine creşte ca importanţă începând cu clasa a X-a, se remarcă o uşoară scădere în clasa a XI-a şi are o importanţă mare pentru ei în clasa a XII-a.

Structura **Eul Adaptativ** înregistrează puţine modificări semnificative de-a lungul înaintării în vârstă a adolescenţilor. Sub-structura **Valoare de Sine** este semnificativă la băieţi, scăzând ca importanţă în clasa a X-a, după care-şi revine. Categoria **competenţă** înregistrează schimbări semnificative la fete şi la băieţi. Ea scade progresiv ca importanţă din clasa a IX-a spre a XII-a. În interiorul sub-structurii **Activităţi ale Eului** doar categoria **dependenţă** îşi modifică semnificativ importanţa pentru fete şi are cea mai mare valoare în clasa a XII-a.

În interiorul structurii **Eul Social** sub-structura **Preocupări şi atitudini sociale** îşi modifică semnificativ statistic importanţa pentru băieţi – creşte ca importanţă în clasa a X-a şi a XI-a şi scade în clasa a XII-a. În interiorul ei, singura categorie ce-şi modifică importanţa este **receptivitatea**, care scade în importanţă în clasa a XII-a în grupul

băieţilor. Schimbări semnificative statistic se produc şi în interiorul sub-structurii **Referinţe la sexualitate**, unde categoria **referinţe simple** creşte ca importanţă începând cu clasa a X-a, a XI-a şi scade uşor în clasa a XII-a, în grupul fetelor.

La nivelul structurii **Eu/ Non-Eu** nu se înregistrează schimbări semnificative de-a lungul înaintării în vârstă a adolescenţilor.

Concluzie: Ipoteza este confirmată, cu menţiunea că nu există diferenţe statistic semnificative între loturile de adolescenţi aparţinând diferitelor clase şcolare la nivelul structurilor mari ale conceptului de Sine. Apar doar diferenţe la nivelul sub-structurilor, şi mai ales ale categoriilor.

Deci există o dinamică a schimbărilor în interiorul categoriilor conceptului de Sine atât la fete, cât şi la băieţi, pe măsură ce înaintează în vârstă. Se observă că schimbările semnificative se produc în special în jurul vârstei de 16-17 ani.

Ipoteza 2: Presupun că există diferenţe de gen la nivelul conceptului de Sine în perioada adolescenţei.

Testul **chi pătrat** indică diferenţe semnificative la pragul de semnificaţie **p < 0,05** la următoarele dimensiuni ale conceptului de Sine:

La nivelul structurii **Eul Material** apar diferenţe semnificative statistic, datorită sub-structurii **Eul Posesiv.** Categoria **posesie de persoane** are o valoare semnificativ mai mare pentru fete decât pentru băieţi.

Structura **Eul Personal** nu înregistrează diferenţe semnificative între fete şi băieţi, în schimb sub-structurile sale da. La nivelul **Imaginii de sine** apar diferenţe semnificative la următoarele categorii: **sentimente şi emoţii** (are mai mare valoarea pentru fete), **gusturi şi interese** (mai mare valoarea pentru băieţi), **calităţi şi defecte** (are mai mare valoarea pentru fete). Sub-structura **Identitate de sine** este semnificativ mai importantă în autodescrierile fetelor decât ale băieţilor, în special datorită categoriei ei **consistenţă** (are mai mare valoarea pentru fete).

Diferenţe semnificative statistic apar la nivelul structurii **Eul Adaptativ**, care are o mai mare valoare pentru fete decât pentru băieţi. Apar diferenţe atât la nivelul sub-structurii **Valoare de sine** cu categoria ei **valoare personală** (ambele au mai mare valoarea pentru fete), cât şi la nivelul sub-structurii **Activităţi ale Eului** (are o mai mare valoare pentru fete). În interiorul ultimei sub-structuri majoritatea categoriilor au o mai mare importanţă, semnificativă statistic, în autodescrierile fetelor faţă de cele ale băieţilor: **ambivalenţă**, **dependenţă**, **actualizare**, **stil de viaţă**.

Şi structura **Eul Social** are o valoare semnificativ mai mare pentru fete decât pentru băieţi. Semnificativ mai importantă este pentru ele sub-structura **Preocupări şi Atitudini Sociale**, cu categoriile sale: **dominare** şi **altruism**.

Structura **Eu/ Non-Eu**, împreună cu sub-structurile sale **Receptivitate faţă de alţii** şi **Opinia altora despre sine** sunt semnificativ mai importante pentru fete decât pentru băieţi.

Concluzie: Sunt diferenţe semnificative între fete şi băieţi la toate nivelele conceptului de Sine: structuri, sub-structuri şi categorii. Deci se confirmă ipoteza de cercetare.

Se poate trage concluzia că percepţiile fetelor privitoare la propria persoană sunt diferite de cele ale băieţilor în perioada adolescenţei.

Ipoteza 3: Există diferenţe între fete şi băieţi în interiorul aceleiaşi clase şcolare.

Comparând loturile de fete şi băieţi din interiorul aceleiaşi clase şcolare, testul **chi pătrat** indică diferenţe semnificative la pragul de semnificaţie **p < 0,05** la următoarele dimensiuni ale conceptului de Sine:

La nivelul structurii **Eul Material** apar diferenţe semnificative între fetele şi băieţii din clasa a XII-a la nivelul categoriilor **condiţie fizică şi sănătate şi posesiune de persoane** (ambele au o mai mică importanţă la băieţi decât la fete).

La nivelul structurii **Eul Personal** diferenţe semnificative apar la nivelul categoriilor sub-structurii **Imagine de Sine: aspiraţii, sentimente şi emoţii, calităţi şi defecte**, între fetele şi băieţii clasei a X-a. La nivelul categoriei **sentimente şi emoţii** apar diferenţe semnificative şi între fetele şi băieţii claselor a XI-a şi a XII-a.

Diferenţe semnificative apar între fetele şi băieţii clasei a XI-a şi la nivelul sub-structurii **Identitate de Sine**, cu categoria ei **consistenţă**.

În ceea ce priveşte structura **Eul Adaptativ**, se înregistrează diferenţe semnificative între fetele şi băieţii clasei a X-a. Acest lucru este valabil pentru sub-structura sa **Valoare de sine** şi categoria **valoare personală**. La nivelul sub-structurii **Activităţi ale Eului** apar diferenţe semnificative între fetele şi băieţii claselor a IX-a, a XI-a şi a XII-a. În interiorul ei, diferenţe semnificative se observă la nivelul categoriilor: **strategii de adaptare** (între fetele şi băieţii din clasa a XI-a, a XII-a), ambivalenţă (între fetele şi băieţii din clasa a IX-a, a X-a, a XI-a , a XII-a) şi **stil de viaţă** (între fetele şi băieţii din clasa a XI-a).

Structura **Eul Social** înregistrează diferenţe semnificative între fetele şi băieţii din clasa a XII-a. Diferenţe semnificative apar şi la nivelul sub-structurii **Preocupări şi atitudini Sociale,** la cei de clasa a IX-a, a XII-a, cu categoriile ei: **receptivitate,** la cei din clasa a X-a şi a XII-a şi **altruism**, la cei din clasele a IX-a şi a XII-a.

La nivelul sub-structurii **Referinţe la Sexualitate** şi a categoriei sale **referinţe simple**, apar diferenţe semnificative între fetele şi băieţii clasei a IX-a.

Şi structura **Eu/ Non-Eu**, cu sub-structura sa **Referire la alţii**, apar ca având diferenţe semnificative în autodescrierile fetelor şi băieţilor din clasa a XI-a.

Concluzii: Apar diferenţe semnificative ale dimensiunilor conceptului de Sine între fete şi băieţi la toate categoriile de vârstă. Ipoteza de cercetare se confirmă.

Se poate observa că cele mai multe diferenţe apar între fetele şi băieţii din clasele a XI-a şi a XII-a. În jurul vârstei de 18 ani se observă deci o mai clară diferenţiere la nivelul conceptului de Sine între fete şi băieţi.

1.5.2.2. Interpretarea calitativă a rezultatelor

Am căutat răspunsul la cele două întrebări iniţiale, de data aceasta făcând o analiză de conţinut a enunţurilor fetelor şi băieţilor din fiecare clasă şcolară. Acest tip de interpretare a răspunsurilor este o contribuţie originală, ea neapărând în manualul instrumentului G.P.S. a lui Rene L'Ecuyer.

Voi da în continuare exemple de enunţuri care apar cu frecvenţă mare în autodescrierile adolescenţilor. Pentru a se observa cu mai mare uşurinţă diferenţele care apar, voi urmări comparativ enunţurile fetelor şi ale băieţilor, din interiorul aceleiaşi grupe de vârstă, pentru fiecare categorie a conceptului de Sine.

Fete/ băieţi clasa a IX-a

I. Structura Eul Material

1. Sub-structura **Eul Somatic**

În categoria **trăsături şi aparenţă fizică** enunţurile se referă la înfăţişarea fizică: culoarea ochilor, a părului, referirea la înălţime fiind foarte importantă, vestimentaţia. Multe enunţuri conţin evaluări ale aspectului fizic, intrând şi în categoria **valoare personală**. Exemple: „Sunt o persoană drăguţă din punct de vedere fizic.", „Sunt destul de slab."

Interesant este că fetele, din enunţurile pe care le dau, par mai mulţumite cu fizicul lor decât băieţii. La ele apar mai multe enunţuri de genul: „Nu am un fizic de invidiat, dar totuşi sunt bine aşa cum sunt.", „Nu mă văd ca o fată extrem de frumoasă sau extrem de urâtă, ci doar normală.", pe când la băieţi apar mai multe asemenea enunţuri: „Sunt cam deranjat de faptul că sunt supraponderal.", „Marele meu defect e înălţimea (pitic).", „Îmi urăsc coşurile." Un adolescent chiar se referă la acţiuni pe care le face pentru a-şi îmbunătăţi aspectul fizic: „Acum vreo trei luni m-am apucat de ridicatul greutăţilor pentru că vroiam şi încă vreau să am un corp frumos modelat. Şi rezultatele au început să se vadă. Pot să spun că mă aflu în grafic în această privinţă. Înainte parcă eram un pic prea slăbuţ."

Categoria **condiţie fizică şi sănătate** e foarte puţin reprezentată în autodescrierile lor.

2. Sub-structura **Eul Posesiv**

Enunţurile din categoria **posesiune de obiecte** au legătură cu nevoia de a avea bani, iar în categoria **posesiune de persoane** apar referiri la părinţi, fraţi, la prieteni.

II. Structura Eul Personal

1. Sub-structura **Imaginea de Sine**

Atât la fete, cât şi la băieţi, cele mai frecvente enunţuri incluse în categoria aspiraţii se referă la rolul profesional dorit şi la nevoia de a deveni o persoană importantă (ex.: „Vreau să-mi fac o carieră.", „Aş vrea să devin cineva important în viaţă.", „Am ales un liceu bun pentru a reuşi să ajung o persoană importantă şi pentru a rămâne în amintirea a cât mai multor oameni pentru ceea ce vreau să fac."), dar şi dorinţe legate de familie „Vreau să am familia mea pe care să o iubesc, cu care să comunic."

Apar şi aspiraţii legate schimbarea societăţii şi chiar a lumii. Mai multe astfel de enunţuri apar în autodescrierile fetelor. Exemple: „Deocamdată nu aduc beneficii majore acestei societăţi, dar visul meu este ca într-o zi să-mi aduc contribuţia la formarea unei ţări mai liniştite.", „Aş dori ca toată suferinţa să dispară, ca toată lumea să fie fericită.", „Continui să visez în continuare la lucruri imposibil de atins. Visez la o lume mai bună." (fete), „Aş vrea ca într-o zi să ajut patria mea cu ceva, să descopăr ceva bun pentru ca să o

schimb într-un loc bun pentru oameni." (băiat). Fetele sunt mai idealiste ca băieţii la vârsta aceasta.

Apar şi la fete şi la băieţi aspiraţii legate de călătorii în străinătate. La fete apar, în plus, şi enunţuri legate de dorinţa de schimbare personală: „Îmi doresc să mă maturizez repede, pentru că încă sunt un copil.", „Aş vrea să fiu mai ambiţioasă.", „Aş vrea să-mi ating scopul în viaţă, să realizez că am făcut ceva în viaţă." La ele apare şi dorinţa de a învăţa: „Sper să învăţ bine, să iau bac-ul şi să intru la o facultate şi să-mi croiesc singură un drum în viaţă."

Categoria **enumerare de activităţi**: printre activităţile prezente la toţi adolescenţii se numără ascultatul muzicii, jocul pe calculator, practicarea unui sport (mai frecvent la băieţi), distracţiile. Fetele fac referire şi la activităţi intelectuale: „Învăţ, răspund la ore.", „Scriu poezii.", „Îmi place să analizez oamenii.", „Visez mereu. Sunt purtată prin toată imagianţia mea unde eu însămi sunt temerară."

În categoria **sentimente şi emoţii**, atât la fete, cât şi la băieţi apar enunţuri în care vorbesc de afecţiunea pentru membrii familiei, prieteni, animale. Sunt frecvente la ei enunţurile de genul: „Mă deranjează (urăsc) la un om minciuna, grandomania, îngâmfarea.", „Urăsc minciuna şi ipocrizia; prostia."

Fetele fac mai des referire la emoţiile prin care trec în această etapă a vieţii, emoţii în special de descurajare, tristeţe: „Trec prin emoţii specifice vârstei, cu bucurii şi tristeţi.", „Uneori sunt tristă.", „Nu-mi place la mine că-mi vine să plâng repede.", „Mă simt acum mai vulnerabilă.", „Într-o zi pot fi veselă pentru că m-am distrat la şcoală, am luat note bune sau mai ştiu eu ce altă bucurie am mai avut, dar mă pot întrista deodată fără să am un motiv întemeiat." Astfel de idei apar doar la doi dintre băieţii din lot, dar într-o exprimare mai concisă: „Mă simt ciudat uneori."; „Mă simt derutat."

Sunt prezente şi sentimentele pozitive referitoare la propria persoană: „Mă simt mulţumită în pielea mea şi sunt mulţumită cu mine însemi.", iar un băiat spune: „Mă simt mai liber."

Enunţurile din categoria **gusturi şi interese** sunt de tipul: „Îmi place dansul.", „Sunt preocupată de şcoală şi sport", „Îmi place la şcoală"/ „Nu-mi prea place la şcoală" (mai mulţi băieţi spun asta), „Îmi place să fiu în natură.", „Îmi plac călătoriile, excursiile." Filmele şi calculatorul intră atât în preferinţele fetelor, cât şi ale băieţilor.

În categoria **aptitudini** apar puţine enunţuri şi acestea se referă la materii şcolare.

În autodescrierile fetelor apar nu numai mai multe referiri la categoria **calităţi şi defecte**, dar acestea sunt mai diversificate comparativ cu enunţurile băieţilor. Cele mai frecvente calităţi întâlnite în chestionarele fetelor din lot sunt: „Sunt sensibilă.", „Sunt prietenoasă.", „Sunt înţelegătoare.", „Sunt directă, sinceră.", „Sunt timidă, retrasă.", „Sunt încăpăţânată.", „Veselă.", „Sunt o fire iubitoare."

La băieţi, cele mai frecvente enunţuri: „Sunt o persoană sociabilă şi prietenoasă.", „Sunt un băiat optimist.", „Sunt deschis la nou."

2. Sub-structura **Identitatea de Sine**

În categoria **denumiri simple** enunţurile fetelor şi ale băieţilor se referă la vârstă, nume.

Enunţurile din categoria **roluri şi statute** se referă la apartenenţa la o clasă şcolară, la rolul dorit, atât la fete, cât şi la băieţi. La fete apar mai des referiri legate la apartenenţa la perioada de vârstă decât la băieţi: „Sunt adolescentă."

Analiza de conţinut a enunţurilor din categoria consistenţă arată că sunt abordate două aspecte, atât la fete, cât şi la băieţi. Unul este senzaţia că nu se cunosc suficient de bine: „Nu-mi pot explica exact identitatea." (fată), „Nici eu nu ştiu exact cine sunt. Câteodată sunt un om bun, câteodată sunt un om rău." (băiat). Celălalt aspect se referă la caracterul schimbător al stărilor interioare: „Pot să trec dintr-o clipă în alta de la fericire la o profundă tristeţe; pot parcă să-mi susţin idei, pentru ca a doua zi să le uit.", „Sunt la această perioadă a adolescenţei când în mintea mea apar multe contradicţii. De pe o zi pe alta caracterul meu suferă schimbări radicale." (fete); „Am stări de spirit schimbătoare.", „La această vârstă sentimentele şi gândurile mele sunt confuze." (băieţi).

În categoria **ideologie** sunt incluse multe referiri legate de vârsta adolescenţei: „Consider că vârsta adolescenţei trebuie trăită din plin, pentru că acum se derulează cei mai frumoşi ani din viaţă.", „Adolescenţa este o perioadă dificilă a vieţii, dar se zice că este frumoasă, minunată şi de neuitat." (fete); „Din punct de vedere al vârstei îmi dau seama că adolescenţa a început deja şi odată cu ea şi problemele specifice ei.", „Am la cei 15 ani ai mei o perioadă destul de grea, deoarece în adolescenţă încă mai ai tendinţe de copil, dar şi pretenţiile pe care le are un om mare." (băieţi). Sunt referiri legate de scopul vieţii: „Eu cred că fiecare are un scop în viaţă." (fată); „Mai stau câteodată şi mă întreb cu ce scop am fost creat şi de ce.", „Această nouă generaţie de copii trebuie să ajungă în vârf pentru a scoate ţara în care trăim din râpa în care s-a înfundat. Cei care nu vor să înveţe acum sunt încă copii şi la vârsta la care greutăţile nu le stau pe cap. Aceştia vor face ţara de ruşine, pentru că vor deveni noii tâlhari, beţivi, criminali, care încearcă să facă numai rău ţării." (băieţi).

Sunt şi referiri la credinţele religioase: „Dumnezeu ne-a creat pe noi pentru a ne ajuta unii pe alţii. Toţi oamenii suntem egali, suntem fraţi." (fată); „Sunt un om cu frica lui Dumnezeu, chiar dacă din cauza nehotărârii mele uneori nu arăt asta." (băiat).

La fete mai apar în plus referiri legate de modul în care gândesc despre oameni în general. Apare o toleranţă şi o nevoie de a înţelege în profunzime natura umană. Exemple: „După părerea mea fiecare persoană e mult diferită de cealaltă.", „Eu cred că orice om, oricât de rău ar vrea să pară sau ar fi, are şi un sâmbure de bunătate.", „Eu cred că orice om merită o a doua şansă, oricât de mare ar fi păcatul pe care l-a făcut."

În categoria **identitate abstractă** apar enunţuri de genul: „Sunt o fiinţă ca orice fiinţă." (băiat); „Sunt o fiinţă de la Dumnezeu.", „Sunt o fiinţă pierdută în Univers." (fete). La ele apar şi referirile la semnul zodiacal căruia îi aparţin.

III. Structura Eul Adaptativ

1. Sub-structura **Valoarea de Sine**

La categoria **competenţă** se fac puţine referiri şi acestea sunt cu privire la evaluarea rezultatelor şcolare. „Am intrat cu notă mare la liceu", „Sunt un elev destul de bun la învăţătură", „Învăţ mediu".

Conţinutul categoriei **valoare personală** se referă la judecăţi evaluative ale altor categorii, în special categoria calităţi şi defecte. Apare destul de des şi sintagma „Eu sunt un om normal." În general sunt evaluări pozitive pe care şi le fac atât fetele, cât şi băieţii.

2. Sub-structura **Activităţi ale Eului**

În interiorul categoriei **strategii de adaptare** apare, atât la fete, cât şi la băieţi, tendinţa de a accepta realitatea, de a se adapta într-un mod pozitiv. Exemple de enunţuri

ale fetelor: „De fiecare dată când cad mă ridic imediat.", „Dacă ceva a mers prost sau pur şi simplu nu a ieşit cum trebuie, pur şi simplu vorbesc singură şi cântăresc faptele.", „Când cineva nu mă crede îmi vine să plâng şi chiar o fac, mă retrag în camera mea şi meditez asupra acelui lucru.", „Supărarea îmi trece repede", „Nu mă las zdrobită de unele ziduri ale vieţii şi ale realităţii în care trăim."

Enunţuri ale băieţilor: „Nu-mi place să învăţ, dar fac tot posibilul pentru a reuşi în viaţă.", „Pentru a obţine ceea ce doresc sunt dispus să fac tot ceea ce-mi stă în puteri, până când lucrurile nu mai depind de mine.", „Uneori sunt cam enervat, dar iau măsuri la timp pentru a mă redresa."

Fetele par mai conformiste ca băieţii: „Îmi ascult părinţii, nu vreau să-i supăr pe ceilalţi, fac ca ei." (fată); „Accept ceea ce mi se oferă doar până la o anumită limită." (băiat).

Apare şi la unii şi la ceilalţi nevoia de a fi sprijiniţi de cei apropiaţi: „Îmi place să fiu susţinută, să mi se dea sfaturi.", „Eu vreau ca prietenul meu să mă susţină."

Din analiza de conţinut a enunţurilor din categoria **autonomie** apar două aspecte. Unul este tendinţa de a nu primi sfaturi, de a-şi lua responsabilitatea pentru deciziile sale. Exemple: „Sfaturi nu primesc decât de la părinţi, dar şi atunci foarte rar.", „Nu mă las ghidată de părerea celorlalţi, pentru că cel mai mult contează părerea mea despre mine. Îmi place să fiu eu însămi.", „Când îmi propun ceva fac tot posibilul să realizez." (fete); „Cred că e important să nu-i las pe ceilalţi să intervină în gândurile şi în modul meu de a fi.", „Nu-mi place să culeg anumite obiceiuri de la ceilalţi oameni, decât ce consider că e bun pentru mine." (băieţi).

Celălalt aspect este legat de dorinţa de independenţă: „Vreau să câştig bani şi să mă întreţin singură.", „Vreau să-mi croiesc singură un drum în viaţă.", „Tot ce voi face în viitor vreau să fac singură, fără ajutorul nimănui." (fete); „Vreau să înfrunt repercusiunile faptelor bune sau rele făcute de mine.", „Nimeni nu mă poate ajuta, decât eu." (băieţi).

Categoria **ambivalenţă** nu are decât foarte puţine enunţuri şi cele care apar sunt de tipul: „Nu m-am hotărât la ce facultate să dau."

În categoria **dependenţă** apar enunţuri doar la fete, dar foarte puţine. Un exemplu: „Nu o să reuşesc niciodată aşa cum sunt (prea firavă, prea miloasă), la felul cum se poartă lumea."

Enunţurile din categoria **actualizare** surprind evoluţia personală într-un anume aspect: „Am trecut prin multe în viaţă şi am devenit un om matur în gândire mai devreme ca alţi copii." (fată); „M-am schimbat radical de câteva ori până acum, de fiecare dată încercând să mă reclădesc de pe o nouă temelie, să devin un om nou şi să-mi schimb părerea despre mine." (băiat).

Conţinutul enunţurilor din categoria **stil de viaţă** este aproape similar la fete şi la băieţi. Şi la unii şi la alţii apar referiri la viaţa pe care au avut-o în trecut: „Nu am avut prea multe bucurii în viaţă.", „Toată viaţa am avut tot ceea ce am vrut.", despre cum vor să şi-o trăiască în viitor: „Am o singură viaţa şi îmi place să o trăiesc la maximum.", „Îmi place să trăiesc viaţa la maxim, profitând de tot ce e frumos."

IV. Structura Eul Social

1. Sub-structura **Preocupări şi atitudini sociale**

La categoria **receptivitate** şi la fete şi la băieţi prevalează relaţiile cu prietenii: „Îmi place să fiu înconjurată de prieteni.", „Îmi fac repede prieteni pe care-i respect

mult.", „Îmi place foarte mult să comunic cu cei din jurul meu.", „Vorbesc extrem de mult.", „Îmi place să mă distrez cu prietenii.", „Îmi place să-i ascult pe cei din jurul meu." Câteva dintre enunţuri se referă la relaţiile bune cu familia: „Cu părinţii şi cu sora mă înţeleg foarte bine."

În ceea ce priveşte categoria dominare, mai multe enunţuri apar în autodescrierile băieţilor decât în ale fetelor. Fetele se referă în special la agresiuni suportate de ele. Ex.: „Sunt şi bună, dar sunt şi rea. Dacă m-ai călcat pe bătătură fac urât de tot.", „Alţii mi-au călcat visele în picioare."

La băieţi apar şi asemenea răspunsuri: „Cei ce mă supără nu scapă uşor de mine.", dar şi enunţuri prin care reiese că-i domină ei pe ceilalţi: „Încerc să mă impun în faţa altora prin mijloace mai ortodoxe sau mai puţin ortodoxe.", „Mă port necuviincios cu anumite persoane din familie."

În categoria **altruism** enunţurile sunt mai numeroase la fete decât la băieţi. Toţi se referă la dorinţa de a-i ajuta pe cei din jur. Exemple: „Mă străduiesc foarte mult să-i ajut pe cei din jur." (fată); „Sunt foarte inimos şi mi-ar plăcea să-i ajut pe toţi." (băiat).

Fetelor le place să dea sfaturi. Exemple: „În generală ajunsesem confesorul şi sfătuitorul clasei.", „Sunt înţelegătoare când e vorba de problemele celor din jur. Pe mine prietenii se pot baza foarte mult, pot să-mi spună anumite secrete, mai pot să-mi plângă şi pe umăr dacă e nevoie, chiar dacă e o situaţie jenantă."

2. Sub-structura **Referinţe la Sexualitate**

Din enunţurile categoriei **referinţe simple** apar preocupări legate faţă cei de sex opus. Mai multe enunţuri au băieţii decât fetele la această categorie. Exemple: „Îmi plac băieţii.", „Îmi plac foarte mult fetele.", „Când am o prietenă îmi place foarte mult de ea, chiar dacă am avut foarte multe prietene.", „Aş vrea să am cât mai multe admiratoare."

V. Structura Eu/ Non-Eu

1. Sub-structura **Referire la Alţii**

În autodescrierile fetelor majoritatea enunţurilor din această sub-structură a conceptului de Sine sunt în legătură cu membrii familiei. Exemple: „Vreau să devin doctor pentru că bunicul meu îşi dorea foarte mult ca cineva din familie să devină doctor.", „Părinţii mei sunt nişte oameni extraordinari.", „Sora mea este studentă."

În cazul băieţilor apar mai multe referiri la prieteni, la colegi. Exemple: „În acest liceu sunt elevi foarte buni în concurenţă foarte mare.", „Am calităţi de care ceilalţi din jurul meu nu prea dau dovadă.", „Prietenul meu a început să se drogheze şi acum este băgat în probleme până în gât."

2. Sub-structura **Opiniile Altora despre sine**

Opinia celorlalţi este fie pozitivă, fie negativă faţă de adolescent (fată sau băiat). Diferenţa care apare în urma analizei conţinutului enunţurilor este aceea că fetele ţin mai mult ca băieţii la opinia celorlalţi. Exemple: „Nu prea pot să mă caracterizez. Îi las pe ceilalţi să o facă. Ţin mult la părerea celorlalţi.", „Cred cu uşurinţă ceea ce spun ceilalţi, pentru că cred că spun adevărul."

La băieţi apar mai des enunţuri de genul: „Nu mă las influenţat de părerea celor din jur.", „Sunt o persoană neînţeleasă de unii.", „Unii mă înţeleg greşit."

Fete/ Băieţi clasa a X-a

I. Structura Eul Material

1. Sub-structura **Eul Somatic**

În ceea ce priveşte categoria **trăsături şi aparenţă fizică**, la fete apar mult mai multe judecăţi negative ale aspectului fizic comparativ cu descrierile fetelor din clasa a IX-a. Majoritatea enunţurilor sunt de tipul: „Mi-e ruşine să mai ies din casă cu faţa pe care o am.", „Sunt urâtă, grasă.", „Mi-ar plăcea să fiu mai înaltă şi mai slabă.", „Sunt foarte complexată că nu arăt bine şi sunt plinuţă."

În schimb, în autodescrierile băieţilor apar mai puţine evaluări critice în legătură cu aspectul lor fizic, comparativ atât cu fetele de aceeaşi vârstă, cât şi cu băieţii din clasa a IX-a. Ei fac referiri doar la cât sunt de înalţi, cât cântăresc, culoarea părului, a ochilor, precum şi la cum le place să arate. Exemple: „Îmi place să arăt bine.", „Îmi place să-mi fac freza cu ţepi.", „Arăt binişor. Încerc să mă menţin aşa prin sport."

Enunţurile din categoria **condiţie fizică şi sănătate** se referă la starea de sănătate. Exemple: „Sunt foarte obosită de când a început şcoala.", „Am multe probleme de sănătate, mai ales migrene şi probleme cu stomacul." (fete). Băieţii par satisfăcuţi de starea lor de sănătate: „Nu-mi fac griji pe plan fizic şi medical." Ei se referiră şi la plăcerea de a mânca.

2. Sub-structura **Eul Posesiv**

Majoritatea enunţurilor ce apar în categoria **posesiune de obiecte** apar şi în categoria aspiraţii. Atât fetele, cât şi băieţii îşi doresc să aibă casă, maşină, bani, animale de companie. În ceea ce priveşte **posesiunea de persoane**, apar şi la fete şi la băieţi referiri la membrii familiei şi la prieteni.

II. Structura Eul Personal

1. Sub-structura **Imagine de Sine**

Enunţurile categoriei **aspiraţii** sunt mai nuanţate atât la fete, cât şi la băieţi, comparativ cu etapa anterioară de vârstă. În continuare ei fac referire la rolurile profesionale dorite, la facultăţile pe care vor să le urmeze. Apar, în plus, referiri legate de dorinţa de a comunica. Exemple. „Aş vrea să am mai mulţi prieteni cu care să comunic." (la mai multe fete), „Mă străduiesc să-mi fac cunoscute ideile şi acceptate după ce au fost înţelese." (fată); „Cât despre viitor, am un ţel, un vis pe care vreau să-l ating: să devin programator şi să fac un program cu care să se poată discuta, să se vorbească cu el sau chiar să dea sfaturi, astfel încât alte persoane cu aceeaşi personalitate ca şi mine să nu se mai simtă singure niciodată." (băiat).

Multe fete îşi doresc familia lor, soţ, copii. Ilustrativ este următorul enunţ: „Mi-ar plăcea să am o viaţă frumoasă alături de băiatul pe care-l voi iubi, să am o slujbă pe care mi-o doresc, un copil şi o casă frumoasă."

Adolescenţii par să aibă o viziune realistă asupra vieţii şi nu întotdeauna le place ceea ce văd. Apare şi tendinţa de a fugi de ceea ce trăiesc în prezent. „Simt că aş vrea să evadez din programul ăsta monoton şi aş prefera să stau undeva izolată, bineînţeles, nu singură, de fapt mi-aş dori ca toată lumea să se întoarcă în trecut unde totul era foarte simplu, nu complicat cum este acum." (fată); „Aş vrea ca bârfa să fie desfiinţată, să nu

existe războaie, ură, ranchiură. Aş vrea ca lumea să nu-i mai judece pe alţii, să înveţe să ierte şi să înţeleagă că nimeni nu este perfect." (băiat).

În autodescrierile fetelor sunt prezente şi enunţuri referitoare la dorinţa de a se schimba: „Mi-aş dori să fiu altfel.", „Aş dori să mă cunosc, pentru că dacă nu te cunoşti nu eşti conştient de propriile forţe."

Dorinţa de evoluţie apare şi în protocoalele băieţilor: „Întotdeauna îmi doresc să am mai mult, în plan material, dar mai ales în plan spiritual.", „Nu sunt sigur de ce aş vrea să fiu în viaţă, însă sper să fiu cineva cunoscut, important şi nu un simplu om ce va rămâne un simplu anonim după moartea lui."

În interiorul categoriei **enumerare de activităţi** nu apar schimbări de conţinut faţă de perioada anterioară de vârstă.

Conţinutul categoriei **sentimente şi emoţii** este bogat. La fete apare cel mai des sentimentul de iubire. Ele îşi iubesc familia, prietenii, marea, natura, copiii, animalele, frumosul. Chiar o adolescentă spune „Îmi place să iubesc." Apare uneori şi verbul a urî. „Urăsc ipocrizia colegilor, care evoluează pe zi ce trece."

Fetele trăiesc la această vârstă sentimente puternice, polarizate. În general, emoţiile sunt exprimate în forma lor maximă de intensitate. Exemple: „Mă enervez foarte repede. Mă consum foarte tare asupra unor jigniri.", „Mă înspăimântă răutatea oamenilor din zilele noastre."

Nu mai sunt exprimate trecerile de la o stare emoţională la alta, aşa cum apăreau în autodescrierile fetelor din clasa a IX-a. Emoţiile par să se fi stabilizat, sunt mai nuanţate. Un răspuns semnificativ: „Sunt un suflet cu bucurii (mici şi prea puţin importante), tristeţi (mari şi persistente), tristeţile de toamnă ale lui Eliade, romantism, idealuri, credinţă. Sunt adolescentul miop al lui Eliade care nu se poate observa pe interior. Sunt o întreagă lume." Sunt şi fete care vorbesc de stări de tristeţe, dezamăgire, dar mai puţine decât în grupul celor de clasa a IX-a.

Şi la băieţi apar referiri la afecţiunea pentru părinţi, animale, natură. Resping aceleaşi persoane ca şi cei din clasa a IX-a. Din frecvenţa mare cu care apar referiri la relaţiile cu ceilalţi, băieţii par să dorească compania prietenilor, care le oferă o stare de confort. Exemple de enunţuri care apar mai des: „Urăsc să fiu singur.", „Sunt foarte trist atunci când nu am prieteni, mă plictisesc când nu sunt în centrul atenţiei." Alt adolescent, din contră, spune: „Îmi place singurătatea. Când sunt singur mă simt excelent, pot să fac orice fără să aud opinii din partea altora. Din cauza asta, ţin foarte mult la mine, la tot ceea ce ţine de mine."

Şi la fete şi la băieţi apar atât sentimente de mulţumire, cât şi de nemulţumire legate de propria persoană. Unii dintre băieţi dau enunţuri de tipul: „Nu-mi place să mă descopăr, nu-mi place să ştiu ceea ce sunt. Îmi e frică de ceea ce o să găsesc.", „Nu mă simt împlinit, fericit." La alţii apar enunţuri cu conţinut pozitiv: „Mă simt bine în propria piele şi-mi place foarte mult viaţa mea şi modul cum trăiesc." Este valabil şi la fete: „Îmi place foarte mult viaţa pe care o am.", „Sunt nemulţumită de viaţa mea şi aspir spre mai mult."

Enunţurile cuprinse în categoria **gusturi şi interese** sunt destul de asemănătoare în autodescrierile fetelor şi ale băieţilor: petreceri, muzică, sport, unele materii şcolare, filmele, excursiile, marea. În plus, fetele numesc şi: poezia, florile, jucăriile din pluş, în timp ce băieţii se referă la designul auto, jocurile pe calculator.

Conţinuturile perceptuale aparţinând categoriei **calităţi şi defecte** sunt detaliate, diferenţiate. Ele se subdivizează în două aspecte: pozitive (calităţi) şi negative (defecte) şi cuprind numeroase descrieri de sine ce sunt legate de trăsături de caracter sau de personalitate.

La fete cele mai frecvente calităţi sunt: optimistă, ambiţioasă, încăpăţânată, sociabilă, prietenoasă, vorbăreaţă, dar şi timidă, retrasă, sensibilă, romantică, sufletistă, veselă. Sunt multe calităţi şi aproape deloc defecte.

Calităţile cel mai frecvent prezente în protocoalele băieţilor: dinamic, cu iniţiativă, descurcăreţ, deschis, sociabil, prietenos, dar şi timid, retras, liniştit. Ca defecte: leneş, încăpăţânat. Şi fetele şi băieţii se referă la calităţi intelectuale: deştept, inteligent.

2. Sub-structura **Identitatea de Sine**

Conţinutul categoriei **denumiri simple** este acelaşi ca şi la adolescenţii din clasa a IX-a.

Enunţurile categoriei **roluri şi statute** se referă şi în cazul fetelor şi al băieţilor la: rolul de elev, rolul profesional dorit, acela de adolescent. În special fetele se raportează la etapa adolescenţei. „Sunt o tânără adolescentă în curs de transformare.", „Nu mă simt nici un copil, dar nu am nici personalitatea unui om adevărat." Băieţii se referă şi la apartenenţa la un grup sportiv: „Sunt în echipa Dinamo, sunt fotbalist."

Analiza de conţinut a enunţurilor ce aparţin categoriei **consistenţă** pune în evidenţă, atât la fete, cât şi la băieţi, sentimetul de schimbare interioară, oscilaţia între stări opuse, trăită ca ceva neplăcut, bulversant. Exemple de enunţuri ce apar cel mai frecvent în protocoalele fetelor: „Mă schimb de la o zi la alta, convingerile de până acum încetează să mai fie convingeri – nu toate – şi sunt puţin derutată.", „Nu prea am o imagine clară despre cine sunt în realitate. Nu am o personalitate bine conturată şi oscilez în părerile mele, uneori trecând de la o extremă la alta doar în câteva minute."

La băieţi apare în plus ideea luptei dintre diferite părţi ale Eului: „Sunt un Eu cu două înţelesuri pe care nici eu nu pot să le deosebesc. Există o permanentă luptă între ele.", „În mine se luptă doi războinici: războinicul modern care nu dă atenţie, rebel şi cel vechi, coduri despre onoare, principii."

Ca şi adolescenţii din clasa a IX-a, şi aceştia declară că nu se cunosc suficient, nu ştiu încă cine sunt: „Pentru că până la vârsta asta n-am reuşit să mă cunosc, uneori chiar mă mir de unele lucruri pe care aş putea să le aflu despre mine." (fată); „Deseori eu nu sunt Eu, ci aceia din mine. Eu sunt tu, el, ea sau voi. Eu sunt un contur pe care se mulează diferite măşti." (băiat).

Conţinuturile categoriei **ideologie** sunt diferite faţă de cele ale adolescenţilor din clasa a IX-a. Atât fetele, cât şi băieţii îşi exprimă opinii personale despre diferite subiecte: viaţă, credinţă religioasă, oameni şi relaţiile dintre ei, evoluţia personală. Apar mai puţine referiri la vârsta adolescenţei, în general, faţa de elevii de clasa a IX-a.

Exemple de enunţuri (cele mai complexe): „Cred că în viaţă contează mai mult şi mai mult propria părere despre tine însăţi şi nu a celoralţi. Oamenii te plac cu atât mai mult cu cât te simţi sigur pe tine şi ai încredere în tine. Cel puţin asta e părerea mea.", „Viaţa nu e decât una şi nu merită irosită.", „Consider că fiecare dintre noi are ceva special. De la fiecare om poţi învăţa câte ceva, dar trebuie să ştii ce." (fete); „Viaţa e în realitate crudă şi nemiloasă cu cei care se lasă păcăliţi, nu cum mi-o imaginam eu.",

„Pentru a-ţi descoperi adevăratul chip trebuie să-ţi scoţi toate "măştile", dar de cele mai multe ori acest lucru devine din ce în ce mai greu, deoarece acestea se adună şi se pierde esenţa.", „Dacă viaţa e atât de scurtă trebuie să ne bucurăm de ea, să profităm că ne-am născut şi că putem vedea lucruri interesante, ar trebui să nu renunţăm aşa de uşor, să nu ne pierdem speranţa." (băieţi).

Din analiza conţinuturilor enunţurilor din această categorie reiese că băieţii sunt mai înclinaţi spre filosofare decât fetele la această vârstă. Exemple: „Dacă ar fi să mă definesc într-o singură frază aş putea spune că: Eu nu valorez nimic, dar nimic nu valorează cât mine.", „Mă uit la unii oameni şi mă întreb oare noi pentru ce ne naştem, după ce vom muri oare ce se va întâmpla, unde vom ajunge. Îmi pun întrebarea: De ce atâta suferinţă? De ce atâta lăcomie?... Totul se rezumă la capacitatea fiecăruia de a-şi face viaţa mai uşoară, dar trebuie să ne gândim şi la consecinţele faptelor pe care le facem şi la ceilalţi oameni din jur."

În cadrul categoriei **identitate abstractă** fetele vorbesc des de apartenenţa lor la o anumită zodie. Şi băieţii şi fetele se referă la temperamentul lor. Apar şi descrieri de sine impersonale: „Eu nu sunt decât una dintre miliardele de fiinţe ale acestui pământ." (fată); „Eu pentru întregul Univers nu reprezint nimic. Sunt doar un individ ce există, doar atât." (băiat). Totuşi sunt puţine enunţuri ce aparţin acestei categorii.

III. Structura Eul Adaptativ

1. Sub-structura **Valoare de Sine**

Categoria **competenţă** se referă la evaluarea performanţelor şcolare, şi în enunţurile fetelor şi ale băieţilor.

Percepţii de sine aparţinând categoriei **valoare personală** sunt legate de conţinutul altor categorii, făcând obiectul unei judecăţi evaluative, în special celei asociate cu categoriile calităţi şi defecte, strategii de adaptare, receptivitate. Judecăţile sunt atât pozitive, cât şi negative, şi la fete şi la băieţi. Unii se referă la sine prin fraze neutre: „Eu sunt eu, cu calităţile şi defectele mele. Sunt un om normal." (fată); „Sunt un simplu băiat. Un om normal."

2. Sub-structura **Activităţi ale Eului**

Din analiza de conţinut a enunţurilor din categoria **strategii de adaptare** reies mai multe aspecte. Visatul cu ochii deschişi apare ca strategie de adaptare preferată de fete. Este interesantă această schimbare care pare să se fi produs în maniera în care adolescentele fac faţă cerinţelor realităţii. Dacă în clasa a IX-a erau conformiste şi încercau să găsească modalităţi active de rezolvare a dificultăţilor cu care se confruntau, în clasa a X-a aleg mai degrabă să se refugieze într-o lume imaginară, mult mai confortabilă. Exemple de enunţuri ilustrative: „Zi de zi visez cu ochii deschişi la o lume perfectă în care sunt centrul şi unde tot ce îţi pofteşte inimioara poţi avea.", „Poate că nu vreau să mă maturizez. Prefer să trăiesc în realitatea pe care mi-am format-o.", „Sunt cam visătoare. Revin cu picioarele pe pământ când e cazul, pentru că viaţa nu e întotdeauna roz."

Chiar dacă şi unii dintre băieţi vorbesc de tendinţa de a visa, în general par mai activi în modul cum îşi rezolvă diversele probleme cu care se confruntă, folosind o gamă diversificată de strategii de adaptare. Exemple de enunţuri: „Accept orice provocare", „La şcoală, ca şi în viaţă, sunt obstacole pe care trebuie să le înving.", „Sunt dispus să fac

orice lucru pozitiv pentru a-mi atinge idealul.", „Încerc să-mi modific caracterul când situația o cere.", „Învăț mai bine la materiile care mă vor ajuta în drumul pe care-l voi urma după ce termin liceul.", „Când cineva îmi face un rău încerc să-l uit sau să-l evit."

Conținutul enunțurilor categoriei **autonomie** se referă, atât la fete, ca și la băieți, la următoarele aspecte: tendința de a hotărî singuri pentru deciziile pe care le iau, nu vor să se lase influențați de opiniile altora, perseverența în a-și atinge obiectivul. Două enunțuri ilustrative: „Nu-mi place să mi se spună ce să fac și nu vreau să învăț din greșelile altora, ci din propriile mele greșeli, pentru că doar așa cred eu că mă maturizez și încep să lupt împotriva vieții atunci când sufăr din cauza propriilor mele greșeli." (fată); „Îmi place să-mi urmăresc interesul meu atâta timp cât sunt conștient că îmi face rău sau bine." (băiat).

La categoria actualizare apar referiri la transformările suferite, schimbările personale evaluate ca pozitive. Sunt totuși puține enunțuri atât la fete, cât și la băieți. „Ajunsă în clasa a X-a, mă simt foarte mare și nu pot să-mi imaginez cât de repede a trecut timpul." (fată); „Am încercat să-mi creeez alt Eu, unul îmbunătățit, care să nu se mai lase rănit de fiecare dată." (băiat).

În ceea ce privește categoria stil de viață, deviza „Trăiește fiecare clipă ca și cum ar fi ultima." apare și la fete și la băieți.

IV. Structura Eul Social

1. Sub-structura **Preocupări și atitudini sociale**

Din analiza conținutului enunțurilor din categoria **receptivitate**, apare și la fete și la băieți nevoia de a comunica, de a avea mulți prieteni, plăcerea de a petrece timpul cu prietenii. Totuși sunt selectivi în alegerea prietenilor. Puțini vorbesc de dificultatea de a-și face prieteni.

În categoria **dominare** apar la fete mai des enunțuri ce se referă la faptul că suferă o agresiune din partea cuiva, iar la băieți enunțuri din care reiese că ei agresează alte persoane. Dar nici diferența dintre tipurile de enunțuri, nici numărul de enunțuri nu este semnificativ.

Categoria **altruism** are un număr mai mare de enunțuri la fete ca la băieți. Băieții vorbesc simplu despre faptul că ajută diverse persoane, pe când fetele sunt mai exuberante în nevoia lor de a ajuta. Ele folosesc fraze de tipul: „Sunt dispusă să rezolv problemele celorlalți, sunt mereu acolo când cineva are nevoie să se descarce.", „Îmi place să cunosc problemele oamenilor și să-i ajut. Să le dau sfaturi.", „Susțin moral și fizic pe toate persoanele pe care le iubesc."

2. Sub-structura **Referințe la Sexualitate**

Mai semnificativă este categoria **referințe simple**. Enunțurile se referă la atracția pentru persoane de sex opus, la ce le place la ele. Fetele vorbesc și de căsătorie.

V. Structura Eu/ Non-Eu

1. Sub-structura **Referi la Alții**

Comparativ cu cele din clasa a IX-a, la fete nu mai predomină referirile la părinți în dauna referirilor la colegi, prieteni.

Referirile la părinți sunt în majoritatea lor pozitive, atât la fete, cât și la băieți. „Am părinți moderni care mă înțeleg și care-mi oferă atâta libertate câtă am nevoie.” (fată); „Tata este omul perfect. El s-a format singur.” (băiat).

Referirile la prieteni sunt atât pozitive, cât și negative, și la fete și la băieți. Fie le sunt alături, fie i-au dezamăgit.

Și la unii și la ceilalți apare ideea că nu sunt înțeleși. „Urăsc oamenii care judecă tinerii din ziua de astăzi, care ne numesc nesimțiți, needucați și nu înțeleg că lumea e împotriva noastră, a tinerilor și nu e alături de noi, nu încearcă să ne înțeleagă, să ne iubească. Pentru că noi de asta avem nevoie, de mai multă iubire din partea tuturor.” (fată); „Puțini oameni sunt capabili să înțeleagă adolescenții de astăzi.” (băiat).

2. Sub-structura **Opiniile Altora despre sine**

Din analiza de conținut a enunțurilor nu apar diferențe între fete și băieți. Par să dea tot atâta importanță opiniilor celorlalți, adică mai mult nu dau decât dau. Opiniile celorlalți sunt atât negative, cât și pozitive față de propria persoană.

Fete/ Băieți clasa a XI-a

I. Structura Eul Material

1. Sub-structura **Eul Somatic**

În cadrul categoriei **trăsături și aparență fizică**, la fete apar foarte puține percepții simple ale aspectului fizic: înălțime, culoarea părului. Majoritatea enunțurilor se cotează și în categoria valoare personală. Cel mai frecvent fetele se referă la nemulțumiri legate de aspectul fizic. Exemple de enunțuri: „Deși nu sunt grasă, sunt foarte complexată de fizicul meu.”, „Am câteva defecte și cred că de asta nu mă plac băieții.”, „Eu mă consider o persoană cu un aspect fizic plăcut, dar nu îndeajuns pentru cerințele mele.”, „Fizic nu arăt bine.” Ele sunt preocupate de aspectul fizic, să arate bine. „Sunt foarte preocupată de modul în care arăt, de modă.” (enunț ce apare de mai multe ori).

În schimb, băieții par mult mai mulțumiți de aspectul lor fizic decât fetele. Cel mai des apar enunțuri de tipul: „Nu sunt nici frumos, nici urât.”, „Am o statură normală și o greutate medie.”, „Nu arăt grozav, dar nici rău.” Unul singur e nemulțumit: „Sunt total complexat de statura mea (1,69 m), la o vârstă când aspectul fizic contează foarte mult.”

Conținutul autodescrierilor corespunzătoare categoriei **condiție fizică și sănătate** este aproximativ similar la fete și băieți. Și unii și alții se referă la plăcerea de a mânca dulciuri, la problemele de sănătate.

2. Sub-structura **Eul Posesiv**

Enunțurile categoriei **posesiune de obiecte** fac referire la bani, la bunuri materiale posedate sau dorite, atât în autodescrierile fetelor, cât și ale băieților.

În categoria **posesiune de persoane**, la toți adolescenții apar referiri la familie, prieteni.

II. Structura Eul Personal

1. Sub-structura **Imagine de Sine**

În cadrul categoriei **aspirații**, la fete cele mai frecvente enunțuri se referă la dorința de a fi respectate în cariera profesională pe care o vor avea, precum și la dorința de a avea o familie. Exemple: „Tot ce-mi doresc în această viață este să am succes în carieră, în familie, să fiu sănătoasă și să-i ajut pe cei din jur.", „Îmi doresc să devin o persoană respectată în mediul în care trăiesc. Doresc să am o viață plină de dragoste și de împliniri, să ajung să-mi formez o carieră în care să-mi placă ceea ce fac."

Ele vorbesc și de rolul profesional dorit, de dorința de a urma o facultate, dar mai puțin frecvent decât fetele mai mici ca vârstă. Mult mai frecvente sunt enunțurile legate de dorința de a se cunoaște, de a evolua personal. Exemple: „Sunt o persoană care vrea să evolueze în această viață. Vrea mai mult, nu se limitează la ce are.", „Cel mai mare vis al meu este de a-mi așeza capul pe umeri, de a fi mai calmă, mai matură.", „Vreau să mă schimb.", „Încerc să-mi formez personalitatea.", „Am ajuns într-o perioadă în care vreau să aflu într-adevăr cine sunt eu." Doar o singură adolescentă vrea să evadeze : „Vreau o lume perfectă care nu va exista niciodată."

Băieții se referă și ei la rolul profesional dorit, la facultatea pe care vor să o urmeze. Apare și la ei dorința de a avea o familie: „Încerc să fiu un om al societății. Să am lucrurile necesare pentru a trăi decent și să pot avea o familie în care să-mi cresc copiii." Unii dintre subiecții testați își recunosc nevoia de a se cunoaște, de a evolua personal, dar frecvența acestui tip de enunțuri este mai mică decât la fete. „Nu vreau să ajung un nimeni, nu vreau ca mai târziu să ajung un sclav al acestei societăți.", „Încerc să elimin, pe cât se poate, greșelile și neregulile din comportamentul și gândirea mea.", „Aș vrea să știu exact, dar absolut exact cât valorez la vârsta asta, ce capacități, ce potențial am."

În plus, unii băieți se referă la dorința de a se distra: „ Aș vrea să mă distrez mai mult, să am mai mult timp liber.", „Doresc experiențe noi, senzații tari" – aspecte ce nu apar în autodescrierile fetelor.

E interesant de observat că la fete nu mai apare în enunțurile lor dorința de a schimba lumea, prezentă la vârstele mai mici. Atât dorințele fetelor, cât și ale băieților sunt mai realiste și mai centrate pe propria persoană.

Conținutul perceptual al categoriei **enumerare de activități**, atât la fete, cât și la băieți, gravitează mai ales în jurul următorelor activități: practicarea de sport, ascultatul de muzică, distracția, lectura cărților, călătoritul, lucratul pe calculator.

În ceea ce privește categoria **sentimente și emoții**, atât fetele, cât și băieții continuă să vorbească despre sentimentele negative pe care le au față de oamenii ignoranți, răi, violenți, mincinoși, îngâmfați. În timp ce fetele folosesc pentru a numi aceste sentimente cuvinte ca: dezamăgire, ură, dezgust, regret, băieții spun în special că nu le place sau nu pot suferi anumite tipuri de persoane. Fetele își exprimă mai nuanțat trăirile emoționale decât băieții.

Apar frecvent în autodescrierile fetelor tristețea, frica de singurătate. Exemple: „Mă apucă uneori un sentiment de tristețe și mă simt cuprinsă de o boală care mă macină încetul cu încetul.", „În general sunt veselă, dar uneori sunt atât de tristă, încât pur și simplu intru în panică și nu știu ce să fac.", „Mi-e frică de singurătate. Mi-e frică să-mi fie frică." Se menține în general o notă depresivă a emoțiilor trăite de fete la această

vârstă. „Devin nemulțumită cu ce am și mă deprimă acest lucru." Chiar când devin mai optimiste în exprimare, emoțiile la care fac referire nu ating o cotă prea mare de pozitiv. Exemple: „Nu sunt fericită. Momentele de fericire sunt prea puține. Dar în majoritatea timpului sunt mulțumită.", „Pot spune că mă simt bine, cu unele mici excepții." Apare și frica de mediocritate.

Băieții se referă frecvent la stări de enervare. „Mă enervez repede", „Mă supăr repede și fac lucruri pe care mai târziu le regret." Apare adesea și enunțul „Pun prea mult la suflet anumite lucruri."

Și băieții trăiesc față de propria persoană, în general, tot sentimente de nemulțumire. Exemple: „Sunt o persoană care niciodată nu este mulțumită de sine.", „Mă terorizează gândul că sunt inferior celorlalți.", „Mă enervează la culme că nu am o personalitate, cel puțin una diferită.", „Nu sunt așa cum aș vrea să fiu, dar îmi place așa cum sunt."

În concluzie, emoția ce apare cel mai frecvent în enunțurile fetelor este tristețea, iar în enunțurile băieților apar cel mai adesea nemulțumirea, enervarea.

De asemenea, sunt prezente și referirile la sentimente de iubire față de familie, prieteni, natură, atât la fete, cât și la băieți.

Analiza de conținut a enunțurilor din categoria **gusturi și interese** a pus în evidență următoarele aspecte: la fete domeniile de interes principale sunt sportul, natura, bijuteriile, muzica, activitățile artistice, poezia, lectura, anumite materii școlare. Băieții sunt interesați în special de: sport, muzică, calculatoare, anumite materii școlare, excursiile în natură, aventura, misterul.

În interiorul categoriei **calități și defecte** sunt prezente referiri numeroase, diverse la trăsături de personalitate. Cel mai frecvent fetele se descriu prin cuvinte ca: sinceră, ambițioasă, sensibilă, sociabilă și prietenoasă, miloasă. Cel mai frecvent apar al băieți referiri la sine în următorii termeni: bun al suflet, nervos, glumeț, cu simțul umorului, timid, fire calmă, sociabil, leneș, echilibrat.

Și unii și alții fac referire atât la calități, cât și la defecte.

2. Sub-structura **Identitate de sine**

Enunțurile categoriei **denumiri simple** se referă la vârstă, nume, sex, data nașterii, atât la fetele, cât și la băieții.

În cadrul categoriei **roluri și statute**, cel mai frecvent, atât fetele, cât și băieții, vorbesc de rolul lor de elevi în clasa a XI-a. Alt rol adesea menționat de ei este cel de adolescent: „Eu reprezint unul dintre adolescenții generației mele." Dar unii se referă încă la ei ca la niște copii: „Mă consider o adolescentă în devenire, deoarece încă mă consider copil." (fată); „Îmi place să spun că sunt copil, deoarece copilăria e mai prețioasă." (băiat).

Apar în autodescrieri referi la rolurile profesionale dorite și punctual la apartenența la anumite cluburi sportive, în cazul băieților.

Analiza de conținut în interiorul enunțurilor aparținând categoriei **consistență** arată diferențe între fete și băieți. La fete, percepțiile de sine incluse în această categorie pun în evidență două aspecte importante: senzația că nu se cunosc și instabilitatea, uneori chiar contradicția interioară. Ultimul aspect apare cu frecvență mai mare decât primul, adică majoritatea enunțurilor sunt de acest tip. Exemple reprezentative: „Nici eu nu știu

cine sunt. Nu mă cunosc prea bine.", „Sunt o fire plină de contradicţii. Ideile şi concepţiile mele se schimbă aproape zilnic.", „Sunt ciudată, pentru că trec de la o stare de spirit la alta foarte repede şi brusc... Mă sperie, pentru că nu înţeleg întotdeauna foarte bine de ce o fac şi nu reuşesc să controlez." Una dintre fete dă un răspuns care duce cu gândul la o scindare la nivelul Eului: „Mă cheamă Carmen, dar mai am un nume, Angi. În funcţie de cum mă cheamă am diferite comportamente. Am descoperit lucrul acesta de curând, când am observat că Angi e dulce, e un copil căruia îi place să se răsfeţe, o puştoaică ce refuză problemele şi responsabilităţile, pe când Carmen e rece, dură, calculată, se gândeşte bine înainte de a face ceva şi mai ales la consecinţele acelui lucru. E o chestie bizară, pe care nu o înţeleg prea bine, dar aşa mă simt cu două personalităţi."

La băieţi apar mai multe enunţuri ce se referă la faptul că încă nu se cunosc prea bine decât cele referitoare la senzaţia de contradicţie internă. Exemple: „La vârsta în care încerc să devin bărbat abia încep să cunosc regulile şi nu cred că mă cunosc pe mine destul de bine şi nu ştiu în totalitate ce pot."

În plus apar percepţii legate de schimbările ce se produc la nivelul Eului. Exemple: „Sunt o persoană care se schimbă în fiecare zi, dar în interiorul lui fiind o fiinţă paşnică ca şi cum ar avea tot ceea ce-şi doreşte (chiar dacă nu e deloc aşa).", „Sunt sigur că o parte din ceea ce am zis mâine nu le-aş mai zice."

În referirile la categoria **ideologic**, fetele îşi exprimă propriile opinii despre relaţiile de prietenie, viaţă, religie, fac apel la pilde şi proverbe pentru a-şi întări ideile. Exemple: „Eu cred că prieteniile cele mai frumoase şi mai durabile se leagă în perioada liceului.", „Cred că un adolescent care fumează pentru că aşa este la modă este lipsit de personalitate şi pentru asta nici nu fumez.", „Cred că în viaţă nu trebuie să ai lucruri complicate. Sunt de părere că lucrurile mici îţi înfrumuseţează viaţa."

Băieţii au opinii despre aceleaşi aspecte ale vieţii ca şi fetele, apar şi la ei proverbele. În plus apare o tendinţă mai mare spre filosofare. Fetele, în opiniile lor, par mai ancorate în realitatea concretă.

Exemplu ilustrativ: „Este foarte important să te cunoşti pe tine însuţi, dar este foarte greu. Sunt foarte puţini aceia care pot să-şi analizeze comportamentul şi psihicul, sunt foarte puţini aceia care reuşesc, dar mai ales sunt foarte puţini aceia care ştiu să-şi dea seama unde au greşit şi cum se poate repara greşeala." (băiat).

La categoria **identitate abstractă**, nu sunt diferenţe faţă de vârsta anterioară.

III. Structura Eul Adaptativ

1. Sub-structura **Valoare de Sine**

Categoria **competenţă** se referă la evaluarea performanţelor şcolare, şi în enunţurile fetelor, şi ale băieţilor.

Conţinutul categoriei **valoare personală** se referă la judecăţi evaluative ale altor categorii, în special categoriile calităţi şi defecte, receptivitate faţă de alţii.

2. Sub-structura **Activităţi ale Eului**

Există anumite diferenţe în conţinutul enunţurilor ce aparţin categoriei **strategii de adaptare**, între fete şi băieţi.

La fete apare des nevoia de iubire, protecţie, de a fi în centrul atenţiei. În ceea ce priveşte modalităţile de adaptare la realitate, cele mai multe enunţuri fac referire la

tendința de a se refugia în lumea visului, de a se izola, deci modalități pasive, de fugă. Exemple: „Mi se întâmplă să fiu timidă și să mă retrag într-o lume și să nu mă găsească nimeni.", „Când sufăr prea mult mă refugiez în diverse activități ca să uit (e o prostie, nu uit niciodată).", „Cred că visez prea mult... cred că ar trebui să fiu mai cu picioarele pe pământ, dar nu vreau, pentru că realitatea doare.", „În sinea mea sufăr mult, chiar și pentru niște fleacuri, dar niciodată nu las să se vadă aceste lucruri, pentru că-mi revărs ura, furia în scris, prin poezii."

Apare atât tendința de a asculta de părinți, cât și de a le neglija părerile.

Băieții se percep ca fiind mai activi, mai centrați pe rezolvarea problemelor cu care se confruntă. Apar mai frecvent enunțuri de genul: „Când am de făcut o alegere sau de luat o hotărâre analizez foarte bine, gândindu-mă dacă mă va afecta în viitor pozitiv sau negativ.", „Când intru într-un alt grup de prieteni încerc să mă adaptez după pretențiile grupului.", „Pentru a reuși învăț tot ce se poate învăța.", „Știu să trec peste supărări... Peste supărările mari încerc, și până acum am reușit în aproape toate cazurile, încercând să le scurtez timpul de vindecare ori prin controlul mental, ori dacă sunt mai puternic acționez astfel încât rezultatul acțiunilor să scurteze această perioadă." Și la ei apare tendința de a-și asculta părinții. La un singur băiat din lot e prezentă referirea la respingerea regulilor societății.

La fete referirile din categoria **autonomie** sunt legate de nevoia de a fi independente. Ele nu vor să țină cont de sfaturile părinților, profesorilor, nu vor să se lase influențate. În enunțurile alese pentru exemplificare este prezentă credința în puterea de a reuși prin propriile forțe: „Eu nu vreau să apelez la părinți. Vreau să fiu mândră de ceea ce am reușit să fac eu în viață, nu ei.", „Știu în interiorul meu că am puterea de a da viață viselor și să înfrunt viața."

La băieți apar enunțuri asemănătoare ca sens. Exemple: „Când voi crește n-aș vrea să stau la mâna părinților, aș vrea să-mi croiesc propriul drum în viață.", „Știu ce vreau în viața și urmăresc să-mi ating un țel.", „Nu-mi place ca cineva să-mi spună ce și cum să fac."

La categoria **ambivalență**, fetele și băieții vorbesc despre indecizia privind viitorul. „În general nu pot să aleg ceva, să mă hotărăsc.", „Încă nu știu ce voi face în viitor, dar îmi fac planuri peste planuri.", „Nu sunt prea hotărât cu ceea ce vreau să devin."

În ceea ce privește categoria **actualizare** cel mai frecvent apare în autodescrierile fetelor percepția că s-au maturizat. Exemple: „Mă maturizez, realizez lucrul acesta și mă bucură, îmi place.", „Descopăr mereu noi sentimente și stări... și încet, încet, mă simt altfel, mai matură." Este prezentă în unele enunțuri și percepția că au evoluat într-un anume aspect personal: „Ceea ce-mi place la mine este că pot să mă controlez de mai multe ori, atunci când altă dată pur și simplu răbufneam."

Băieții nu vorbesc despre senzația de maturizare, ci mai degrabă despre transformarea care simt că se produce în ei. Exemplu: „Eu sunt un băiat care se află în procesul de transformare, pentru a deveni bărbat, ceea ce înseamnă că și moral."

În cadrul categoriei **stil de viață**, cele mai frecvente enunțuri, atât în autodescrierile fetelor, cât și ale băieților se referă la tendința de a se bucura de viață, de a trăi din plin. Exemple: „Trăiesc clipa, mă bucur de viață ca să nu sufăr mai târziu.", „Îmi place să-mi trăiesc viața. Umblu și caut noi distracții și locuri noi pentru distracție."

(fete); „Trăiesc viaţa ca pe o aventură continuă, în care necunoscutul este din ce în ce mai puţin pregnant.", „Îmi place să trăiesc viaţa din plin." (băieţi).

IV. Structura Eul Social

1. Sub-structura **Preocupări şi atitudini sociale**

La fete, categoria **receptivitate** este ilustrată în special prin enunţuri referitoare la nevoia de a avea mulţi prieteni, de a comunica şi a se distra cu ei. De asemenea, vorbesc despre plăcerea de a-i asculta pe ceilalţi, de a-i înţelege şi de a le da sfaturi. Exemple: „Îmi place să am prieteni, să mă distrez.", „Sunt o fire deschisă, îmi place să-i ascult pe alţii, să-i înţeleg.", „Îmi place să mă avânt în tot felul de discuţii."

La băieţi apar cam acelaşi tip de enunţuri. În plus este prezent la mai mulţi din lot nevoia de a cunoaşte cât mai mulţi oameni, nu neapărat de a şi-i face prieteni. Exemple: „Îmi place să vorbesc cu tot felul de oameni.", „Sunt curios ce are fiecare în cap."

Analiza de conţinut a enunţurilor categoriei **dominare** scoate în evidenţă diferenţe între fete şi băieţi. Fetele percep atât faptul că sunt rănite, persecutate din exterior, cât şi tendiţa lor de a se impune, chiar agresiv. Exemple: „Am fost rănită de mai multe ori de cei în care aveam încredere.", „De multe ori sunt răutăcioasă cu cei din jur, îi fac să sufere."

În schimb, băieţii se referă aproape în exclusivitate la tendinţa de a se impune, de a agresa anumite persoane. Exemple: „Nu accept ca cei din jur să nu fie de acord cu anumite condiţii ale mele.", „Dacă succesul vine prin a face rău altuia sau altora, nu mă dau la o parte."

În interiorul categoriei **altruism**, şi la fete şi la băieţi apare dorinţa de a-i ajuta pe oamenii care au nevoie.

2. Sub-structura **Referinţe la Sexualitate**

Mai reprezentativă este categoria **referinţe simple**. Atât la fete, cât şi la băieţi apare interesul pentru persoanele de sexul opus. Ei vorbesc despre prietena sau prietenul actual. Fetele se referă şi la iubitul pe care-l visează. „Aş vrea să am pe cineva căruia să-i pot împărtăşi cel mai frumos lucru: dragostea."

Apar, mai rar, enunţuri referitoare la experienţe sexuale, incluse în categoria **atracţii şi interese sexuale**.

V. Structura Eu/ Non-Eu

În enunţurile incluse în sub-structura **Referire la Alţii**, fetele nu mai fac referire la familie, ci la prieteni, colegi, oameni în general. Parcă încearcă să se diferenţieze pe sine raportându-se la ceilalţi. Exemple semnificative: „La vârsta asta toţi adolescenţii ar vrea să scape de părinţi – e o idee generală.", „De curând am descoperit că persoanele pe care le cunosc sunt bune la suflet, cu toate că majoritatea, inclusiv eu, pentru a evita suferinţele, ridică un fel de zid în jurul lor. Toţi încearcă să pară mult mai răi, mai superficiali decât sunt de fapt.", „Din grupul meu de prieteni sunt singura care nu fumează."

Băieţii se referă la alţii mai ales într-un mod admirativ, îi pun în valoare pe ceilalţi, prin ceea ce spun despre ei că au sau fac. Exemple: „Stau într-un grup de prieteni, toţi cu bani.", „Am un părinte care este inteligent, cunoaşte multe lucruri, lucrează fin şi frumos." Parcă se scot şi ei mai mult în valoare prin apartenenţa la un anumit grup.

În cadrul sub-structurii **Opiniile Altora despre sine**, și fetele și băieții vorbesc despre opiniile celorlalți despre ei, bune sau rele, dar nu întotdeauna adevărate din punctul lor de vedere. La fete apare ideea percepțiilor diferite pe care le au ceilalți despre persoana lor, uneori contradictorii. „Cei ce-mi sunt prieteni mă consideră cea mai amuzantă și plină de viața fată, gata să înveselească pe oricine. Alte persoane mă consideră plictisitoare."

Doar doi dintre băieții din lot se referă la interesul pe care-l au pentru părerea altora.

Fete/ Băieți clasa a XII-a

I. Structura Eul Material

1. Sub-structura **Eul Somatic**

În cadrul categoriei **trăsături și aparență fizică**, judecățile de valoare privind aspectul fizic sunt mai mult pozitive, atât la fete, cât și la băieți. Și unii și alții par mai mulțumiți de modul cum arată, comparativ cu adolescenții cu vârste mai mici. Exemple de enunțuri reprezentative: „Ca aspect fizic mă consider drăguță.", „Din punct de vedere fizic nu arăt rău, dar nici nu mă consider frumoasă.", „Sunt destul de frumoasă" (fete); „Fizicul meu e acceptabil", „Din punct de vedere fizic cred că arăt bine." (băieți).

Atât fetele, cât și băieții dau importanță destul de mare vestimentației: „Îmi place să mă îmbrac potrivit pentru locul potrivit." (fată); „Îmi place să mă îmbrac cum vreau eu." (băiat).

Și unii și alții se descriu și prin referiri la înălțime, culoarea părului, ochilor, greutate, dar numărul acestor enunțuri este mai mic ca cele menționate mai sus.

În categoria **condiție fizică și sănătate** apar referiri la odihnă, relaxare, mâncat.

2. Sub-structura **Eul Posesiv**

Și în autodescrierile fetelor și ale băieților categoria **posesiune de obiecte** este dominată de referirile la bani. „Îmi place să am banii mei." (fete); „Banii sunt importanți pentru mine, fără ei nu-ți poți aranja bine viața." (băieți).

Conținutul categoriei **posesiune de persoane** nu diferă de cel al adolescenților mai mici ca vârstă. Enunțurile se referă la familie, prieteni.

II. Structura Eul Personal

1. Sub-structura **Imaginea de Sine**

Majoritatea enunțurilor din categoria **aspirații** se referă, atât la fete, cât și la băieți, la facultatea dorită, la cariera pe care vor s-o urmeze. Și unii și alții par bine determinați în privința motivelor pentru care vor cariere profesinale: recunoaștere din partea celorlalți, bani, împlinire personală. Exemple de enunțuri: „Ca orice adolescent, mi-aș dori să am o carieră strălucită și să-i fac pe cei din jurul meu să fie mândrii de mine.", „În viitor aș vrea să am o carieră în care să pot să-mi exprim punctul de vedere, ideile și să pot să-i contrazic pe cei care nu au dreptate și să încerc să îndrept unele lucruri." (fete); „Proiectele mele de viitor ar fi absolvirea facultății de comunicare și angajarea într-o agenție de publicitate... Aș dori să plec din țară și să lucrez în străinătate

în publicitate.", „Ideal ar fi să fiu un cunoscut om de afaceri cu care toate companiile ar dori să colaboreze." (băieţi).

Alte aspiraţii prezente în autodescrierile lor sunt: aceea de a avea o familie, să călătorească, să evolueze pe plan personal. „Aspir către o familie în care să-mi pun ce am mai bun: sufletul, afecţiunea, toată dragostea." (fată), „Încerc să fiu o fiinţă împlinită şi reuşită în această viaţă." (fată); „Sper să mă maturizez şi să ajung şi eu cineva în viaţă. Să am o nevastă foarte frumoasă, cu vilă, maşină, doi copii.", „Sunt un om în încercarea de a scăpa de toate măştile şi un om ce vrea să se regăsească pe el, cel pur.", „Sunt o persoană care încearcă să-şi perfecţioneze părerile personale în ceea ce priveşte viaţa, o persoană care încearcă să facă ceea ce-i convine, dar în acelaşi timp încearcă să înţeleagă dacă e bine ceea ce face sau nu." (băieţi).

Băieţii îşi exprimă interesul de a se implica în schimbări la nivel social. Două exemple ilustrative: „În plan profesional vreau să plec în străinătate cu bursă... Şi vreau să intru în politică, sper să pot schimba ceva.", „Cel mai mult îmi doresc să pot merge mai departe, să realizez ceva în această viaţă, să ştiu că voi putea şi eu să ajut această ţară să nu mai fie situată atât de jos pe plan economic."

Enunţurile incluse în categoria **enumerare de activităţi** nu diferă de cele ale adolescenţilor mai mici ca vârstă. Activităţile la care fac referire fetele: „citesc, scriu, desenez, ascult muzică, dansez, stau pe internet, mă uit la televizor". Băieţii spun: „practic sport, citesc, ascult muzică, mă plimb cu maşina împreună cu prietenii, mă uit la tv, mă joc pe calculator".

În autodescrierile fetelor enunţurile incluse în categoria **sentimente şi emoţii** sunt nuanţate şi diversificate. Ele fac apel la o gamă largă de astfel de emoţii: bucurie, tristeţe, ruşine, enervare, suferinţă, nepăsare, melancolie, teamă, dezamăgire. Emoţiile la care fac referire sunt mai nuanţate şi mai pozitive comparativ cu cele la care se refereau adolescentele mai mici ca vârstă. Acum fetele par mai mulţumite cu propria persoană.

Ele continuă să respingă persoanele mincinoase, ipocrite. De asemenea, exprimă sentimente de iubire pentru membrii familiei, prieteni, animale. Mai multe se referă la teama pe care o au faţă de examenul de bacalaureat şi admiterea la facultate: „Sunt chiar la limita dintre adolescenţă şi maturitate şi asta mă sperie câteodată." Unele dintre fete îşi exprimă sentimente faţă de propria persoană: „Sunt mulţumită de mine."

Şi în chestionarele băieţilor apar referiri la o serie de emoţii, dar care nu au aceeaşi nuanţare ca la fete. Sunt prezente mai ales referiri la sentimentele de iubire sau de atracţie şi cele de respingere, care merg până la ură, faţă de anumite persoane din viaţa lor sau animale. O emoţie mai des prezentă este enervarea. Băieţii nu trăiesc teama legată de viitor aşa cum o trăiesc fetele şi resping singurătatea. Unii sunt mulţumiţi faţă de propria persoană: „Îmi place cum sunt acum.", alţii nu: „Mai tot timpul mă subestimez."

În categoria **gusturi şi interese** apar enunţuri ce vorbesc despre atracţia fetelor pentru: plimbări, distracţie, anumite materii şcolare, muzică, parfumuri. Băieţii se referă la interesul lor pentru: jocurile pe calculator, maşini, fotbal, distracţie, muzică, cărţi. Câţiva se referă la interesul lor mai scăzut pentru şcoală.

Doar câţiva băieţi dau enunţuri încadrate în categoria **aptitudini**, referindu-se la: înclinaţii pentru muzică, ştiinţele exacte.

În categoria **calităţi şi defecte**, atât fetele, cât şi băieţii fac referire la diferite trăsături de personalitate şi de caracter. Enunţurile ce apar cel mai des în autodescrierile

fetelor: „Sunt sociabilă.", „Sunt veselă, optimistă.", „Sunt sensibilă.". Ele fac referire în special la calitățile lor.

Cele mai frecvente calități pe care și le percep băieții sunt: ambiția, sociabilitatea, simțul umorului, dar și lenea. Ei vorbesc de trăsături de personalitate văzute atât ca și calități, dar și ca defecte.

2. Sub-structura **Identitatea de Sine**

Conținutul categoriei **denumiri simple** este identic cu ceea ce am observat la vârstele anterioare.

Analiza enunțurilor incluse în categoria **roluri și statute** scoate în evidență similarități între percepțiile de sine ale fetelor și băieților. Ei fac referire la rolul profesional dorit, la apartenența la clasa și școala unde învață, la perioada adolescenței. Unii se mai consideră încă copii, în timp ce alții se mândresc cu faptul că sunt majori. „Sunt majoră și de acum încolo am dreptul la cuvânt." (fată), iar alții se numesc tineri: „Sunt un tânăr." (mai mulți băieți).

Mai apare la o fată referirea la familia din care provine și la mai mulți băieți apartenența la cluburi sportive.

La fete, enunțurile ce aparțin categoriei **consistență** se raportează la percepția schimbării prin care trec: „De multe ori am impresia că sunt într-un anumit fel și descopăr apoi că pe parcursul anilor mă mai schimb."; inconsistența stărilor emoționale: „Stările mele de spirit variază de la o situație la alta, depinde de mediu și de circumstanțe."; conflict interior: „De multe ori mă găsesc în conflict cu Eul meu." Analiza de conținut a enunțurilor acestei categorii scoate în evidență o stare de consistență și stabilitate interioară mai mare decât la adolescentele din clasele anterioare. Sunt mai multe fete care vorbesc despre faptul că se cunosc, decât cele ce spun contrariul. Instabilitatea se referă doar la stările emoționale, în ceea ce privește trăsăturile ce definesc Eul lor, acestea par destul de stabile. Exemple: „Uneori sunt ceea ce vreau să fiu, altă dată sunt ceea ce sunt eu de fapt.", „De multe ori par să mă enervez, dar în interiorul meu sunt destul de calmă."

Băieții, în schimb, vorbesc mai des despre starea de a nu ști încă cine sunt, și despre sentimentul de contradicție interioară. Un enunț foarte interesant în acest sens: „Eu sunt rezultatul conviețuirii lui Eu și al lui Eu. Unul dintre ei este sufletul, conștiința, inima, celălalt fizicul, intelectul, rațiunea. Unul este ce sunt, celălalt ce aș vrea să fiu. Ei nu convețuiesc în liniște. Noi doi ne certăm des." Apar și în grupul băieților enunțuri de genul: „Personalitatea mea este în curs de formare, dar pot spune că liniile mari sunt deja trasate."

În autodescrierile fetelor cele mai multe enunțuri ce aparțin categoriei **ideologie** sunt opinii legate de viață, de modul în care pot reuși în viață, despre principiile pe care le urmăresc și credințele religioase. Câteva exemple: „Știu că norocul ți-l faci singură și reușești în viață numai prin ambiție, perseverență, limbaj superior și multe altele.", „În viitor nu cred că o să devin ceea ce vreau decât încălcând unele principii de viață, cum fac cei cu influență în țara noastră.", „Sunt un om care are un motto în viață: mereu înainte, un om care crede că nu există imposibilul, atâta timp cât există niște principii definite.", „Viața este un lucru trist, efemer. Eu sunt o persoană care nu crede în destin, îmbrățișez concepția liberului arbitru, dar totodată consider că undeva (nu neapărat în punctul spațiului, nu neapărat material) există acel ceva care ne guvernează sau, mai bine zis,

veghează asupra noastră – Dumnezeu (sufletul nemuritor)... Totuşi cred într-un singur lucru absolut: iubirea. Prin iubire totul înfloreşte şi viaţa e mai frumoasă." Se observă o notă mai realistă şi mai matură în aceste opinii faţă de cele ale fetelor mai mici ca vârstă.

În grupa băieţilor apar opinii legate de aceleaşi teme. „Despre viaţă cred că trebuie trăită la maxim în unele momente şi trebuie să ştii când să te distrezi şi când să te opreşti.", „Mottoul meu este: Zâmbeşte, mâine poate fi mai rău."

În plus, faţă de fete, sunt prezente mai multe opinii referitoare la societatea românească. Exemple: „Consider că România este o ţară în care se poate trăi bine, singura condiţie este să fii bine pregătit pe ramura spre care vrei să te îndrepţi... Este de ajuns să fii ambiţios pentru a reuşi.", „În România este foarte greu să te realizezi dacă nu ai relaţii peste relaţii.".

Apar şi cugetări despre oameni: „Fiecare om este deosebit şi special în felul său.", „Toţi suntem oameni, adică fiinţe complexe."

În categoria **identitate abstractă** sunt incluse enunţuri, atât ale fetelor, cât şi ale băieţilor, care se referă la zodia căreia îi aparţin, la tipul de temperament. Apar şi percepţii de tipul: „Sunt un om şi un om înseamnă multe.", „Sunt o particulă mică şi neînsemnată din Univers, un segment dintr-o societate mult prea zgomotoasă." (fete); „Sunt un element, o particulă ruptă din Natura Universală.", „Sunt o identitate de buletin." (băieţi).

III. Structura Eul Adaptativ

1. Sub-structura **Valoare de Sine**

Cel mai bine reprezentat, atât în autodescrierile fetelor, cât şi ale băieţilor, este conţinutul catergoriei **valoare personală**. Aici sunt incluse judecăţi evaluative, atât pozitive, cât şi negative, ale unor trăsături de personalitate şi ale implicării în relaţiile sociale.

2. Sub-structura **Activităţi ale Eului**

La categoria **strategii de adaptare** apar, în cazul fetelor, multe enunţuri referitoare la nevoia de a fi apreciate: „Vreau să fiu în centrul atenţiei". Prin analiza de conţinut este pusă în evidenţă o varietate de strategii de adaptare: unele pasive, cum ar fi fuga de problemă, altele active, de rezolvare a problemei. Mai multe fete din grup se referă la încrederea pe care o au în capacitatea lor de a rezolva o situaţie problematică. Exemple: „Cred că sunt un cameleon uman, încerc să mă adaptez oricărei situaţii date.", „În faţa unei probleme, dileme pe care o întâmpin, mă calmez, analizez situaţia şi caut soluţiile." Fetele devin mai active în rezolvarea problemelor. Apare foarte rar fuga în imaginar.

Apare atât ideea acceptării şi supunerii faţă de regulile exterioare: „Accept lucrurile care mi se impun (doar dacă ştiu că au un scop bine definit) şi accept viaţa aşa cum este."; dar şi ignorarea lor: „Nu ţin cont de reguli, fac ceea ce cred eu de cuviinţă, foarte rar ţin cont de părerile altora."

Din analiza conţinuturilor acestei categorii apar multe asemănări între fete şi băieţi. Exemple de enunţuri date de băieţi: „Încerc să mă încadrez în societate... să-mi fac un viitor... chiar dacă pentru asta trebuie să muncesc şi să fac multe compromisuri.", „Fac faţă oricărei probleme, mă descurc în cele mai dificile şi diverse situaţii."

Descrierile de sine raportate la categoria **autonomie** sunt asemănătoare la fete şi la băieţi. Ele se referă la dorinţa de a avea independenţă financiară, la tendinţa de a rezista influenţelor exterioare şi dorinţa de a-şi asuma responsabilitatea pentru propriile decizii. Câteva exemple relevante: „Nu îmi place să am lucruri în comun cu ceilalţi şi nici să depind de cineva financiar, intelectual etc.", „Sunt un om care gândeşte şi încerc să-mi iau singură deciziile, chiar dacă încerc să suport consecinţele... Îmi iau răspunderea (pe cât posibil) pentru actele mele." (fete); „Încerc să cred că am o personalitate puternică, că pot să stau pe picioarele mele şi nu prea îmi place să depind de cineva.", „În ciuda tuturor influenţelor care reuşesc să influenţeze majoritatea gândirii şi comportamentului adolescenţilor de astăzi, încerc să-mi fac singur o gândire proprie." (băieţi).

În categoria **ambivalenţă** sunt incluse doar enunţuri referitoare la nehotărârea asupra facultăţii pe care vor s-o urmeze.

Categoria **dependenţă** cuprinde puţine enunţuri legate de dependenţa de cineva din exterior şi de zodie, soartă, voia lui Dumnezeu. Nu sunt diferenţe de conţinut între fete şi băieţi.

Conţinuturile categoriei **actualizare** gravitează în jurul percepţiei transformărilor evolutive ce s-au produs la nivel personal şi percepţia maturizării. Exemple: „Am lucrat mult cu mine... am căpătat mult curaj şi optimism.", „M-am schimbat, sau de fapt am devenit cea care trebuie să fi fost de la început.", „Sunt o persoană care încearcă să treacă cu bine de la copilărie la tinereţe, de la copil la matur." (fete); „În ultimul timp mi-am regăsit dorinţa de a învăţa... am reînvăţat să fiu bucuros, să primesc cu bucurie părţile frumoase ale vieţii, să nu mai fiu depresiv.", „Încerc şi parţial reuşesc să-mi depăşesc complexele." (băieţi).

Categoria **stil de viaţă** este dominată, şi la fete, şi la băieţi, de enunţuri de tipul: „Vreau să trăiesc viaţa după deviza Carpe Diem."

IV. Structura Eul Social

1. Sub-structura **Preocupări şi atitudini sociale**

Din analiza enunţurilor incluse în categoria **receptivitate**, şi la fete şi la băieţi apar următoarele idei: plăcerea de a avea mulţi prieteni, de a vorbi cu ei, a-i asculta, a se distra. Exemple: „Îmi place să-mi fac cât mai mulţi prieteni.", „Am foarte mulţi prieteni, cred că datorită firii mele deschise, capabilă să poarte o discuţie, să asculte pe cineva, iar dacă e cazul să facă glume." (fete); „Îmi plac ieşirile cu prietenii." (băiat).

Altă idee este aceea de a-şi face cât mai multe cunoştinţe, care apare cu frecvenţă mare şi la fete şi la băieţi. Exemple: „Îmi place să cunosc oameni, să port dialoguri cu ei şi să adun cât mai multe cunoştinţe." (fată); „Reşesc să mă integrez în orice mediu, indiferent de clasa socială sau de vârstă." (băiat).

Analiza de conţinut a enunţurilor categoriei **dominare** scoate în evidenţă diferenţe între fete şi băieţi, aceleaşi ca şi la adolescenţii mai mici ca vârstă. Fetele percep atât faptul că sunt rănite, persecutate din exterior, cât şi tendiţa lor de a se impune, chiar agresiv. Exemple: „Erau oameni care-mi făceau rău.", „Dacă nu-mi convine ceva sar repede la ceartă."

În schimb, băieţii se referă aproape în exclusivitate la tendinţa de a se impune, de a agresa anumite persoane. Exemple: „Uneori sunt răutăcios cu cei din jur.", „Uneori devin foarte agresiv, mai ales când văd că nu sunt respectat."

Categoria **altruism** este reprezentată, şi la fete şi la băieţi, prin enunţuri care se referă la a-i ajuta pe ceilalţi, a le da sfaturi.

2. Sub-structura **Referinţe la Sexualitate**

Cele mai multe enunţuri sunt incluse în categoria **referinţe simple**, ca şi la cei de clasa a XI-a, dar sunt referiri concrete la întâlniri cu prietena sau prietenul. Exemple: „Ies afară cu prietenul meu." (fată); „Iubesc la nebunie femeile." (băiat), „Am o relaţie stabilă de aproximativ 2 ani." (băiat).

V. Structura Eu/ Non-Eu

În ceea ce priveşte sub-structura **Referire la Alţii**, cel mai frecvent sunt prezente în autodescrierile fetelor enunţuri ce se referă la faptul că prietenii le-au dezamăgit. „Am primit palme de la cei mai buni prieteni ai mei, de la cei care am crezut că-mi sunt alături şi-mi vor binele.", „Toţi prietenii au câte un interes." Un alt tip de enunţuri ce apar frecvent sunt cele ce se referă la părinţi, la tendinţa acestora de a le controla: „Părinţii sunt adevărate maşini de impus idei.", dar şi de a le sprijini sau a le fi un model de urmat: „Din partea părinţilor am avut mereu libertate, dreptul la opinie şi mereu un cuvânt de spus într-o problemă, de orice natură.", „Părinţii sunt un model important pentru mine, singurul model... Ei mi-au impus nişte standarde foarte înalte."

În enunţurile băieţilor apar puţine referiri la părinţi. Cele mai multe includ opinii la adresa prietenilor: „Îmi place să am prieteni adevăraţi care ştiu să se poarte şi ştiu să fie aproape de tine atunci când eşti la greu.", sau la adresa oamenilor în general, încercând parcă să-şi găsească locul raportându-se la ei. Exemple: „Deşi oamenii mai în vârstă spun că acum viaţa este uşoară, noi adolescenţii, şi printre ei mă număr şi eu, avem destule probleme şi sentimentale şi de la şcoală.", „M-am născut într-o zodie bună care cuprinde mulţi oameni inteligenţi, mulţi oameni orgolioşi şi mulţi oameni complicaţi, pe care nu toată lumea poate să-i descifreze."

Enunţurile aparţinând categoriei **Opiniile Altora despre sine** se referă, în cazul fetelor, la părerile (atât pozitive, cât şi negative) pe care le au ceilalţi despre ele, la cât de mult le interesează sau nu le interesează opiniile celorlalţi.

Singura diferenţă care apare la băieţi faţă de fete este că aceştia fac referire în special la părerile negative pe care şi le fac ceilalţi despre ei, mai ales cei care nu-i cunosc prea bine.

1.6. Concluzii interpretative

În adolescenţă, la nivel global, conceptul de Sine tinde să se organizeze mai specific în jurul a trei structuri: **Eul Personal**, **Eul Adaptativ** şi **Eul Social**. Structurile Eul Material şi Eu/ non-Eu au o importanţă mai mică în percepţia de sine a adolescenţilor.

Analiza datelor cercetării a demonstrat faptul că nu există diferenţe statistic semnificative între loturile de adolescenţi aparţinând diferitor clase şcolare la nivelul structurilor mari ale conceptului de Sine. Apar doar diferenţe la nivelul sub-structurilor, şi mai ales al categoriilor. Am putea deci deduce că din punct de vedere al dinamicii generale organizarea de sine se efectuează în mod sensibil în jurul aceloraşi nevoi,

preocupări sau obiective fundamentale (structurile și sub-structurile), dar că această orientare dinamică foarte asemănătoare nu este trăită în mod identic de către adolescenții cu vârste diferite.

Deci există o dinamică a schimbărilor în interiorul categoriilor conceptului de Sine, atât la fete, cât și la băieți, pe măsură ce înaintează în vârstă. *A reieșit că schimbările cele mai semnificative se produc în special în jurul vârstei de 16–17 ani.* Acest moment pare să fie foarte important în formarea cunoașterii de sine.

De asemenea, s-au pus în evidență diferențe semnificative de gen la toate nivelurile conceptului de Sine: structuri, sub-structuri și categorii, atât în toată perioada adolescenței, cât și la fiecare etapă de vârstă. Percepțiile fetelor privitoare la propria persoană sunt diferite de cele ale băieților, chiar și unele dimensiuni ale conceptului de Sine au o dinamică diferită odată cu înaintarea în vârstă. Cele mai multe diferențe apar între fetele și băieții din clasele a XI-a și a XII-a. *Se poate spune deci că în jurul vârstei de 17–18 ani diferențele de sex-rol își pun mai clar amprenta asupra modului cum este construit conceptul de Sine.*

Pentru o ilustrare mai clară a caracteristicilor și dinamicii dimensiunilor conceptului de Sine al adolescenților, voi sintetiza rezultatele analizelor cantitative și calitative ale datelor cercetării.

Structura **Eul Material** are rang intermediar atât la fete, cât și la băieți pe toată perioada adolescenței. Singura dimensiunile ce se modifică semnificativ este categoria **trăsături și aparență fizică** din sub-structura **Eul Somatic**, ce scade ca importanță în mod progresiv în cazul fetelor din clasa a IX-a la a XII-a. În grupul băieților nu apar modificări semnificative statistic la această categorie. Reiese astfel că, pe măsură ce înaintează în vârstă, fetele se raportează mai puțin la trăsăturile fizice, pe când pentru băieți aceste referiri la sine sunt constante. Fetele vorbesc în special de ceea ce le nemulțumește la fizicul lor, mult mai des ca băieții. Numărul maxim de astfel de enunțuri se înregistrează la fetele din clasa a X-a și a XI-a. În clasa a XII-a judecățile de valoare privind aspectul fizic sunt mai mult pozitive, atât la fete, cât și la băieți. Și unii și alții par mai mulțumiți de modul cum arată, comparativ cu adolescenții cu vârste mai mici.

La nivelul structurii **Eul Material** apar diferențe semnificative statistic între fete și băieți datorită sub-structurii **Eul Posesiv.** Categoria **posesiune de persoane** are o valoare semnificativ mai mare pentru fete ca pentru băieți. Fetele se referă mai des ca băieții la prieteni și la membrii familiei atunci când se autodescriu, ceea ce arată un mai mare sentiment de apartenență, de atașament față de persoane semnificative din viața lor.

Eul Personal, împreună cu cele două sub-categorii ale sale, **Imaginea de Sine** și **Identitatea de Sine**, au rangul de percepții centrale, atât pentru fete, cât și pentru băieți pe toată perioada adolescenței. Și la unii și la ceilalți cele mai importante categorii ale conceptului de Sine din sub-structura **Imaginea de Sine** sunt: **aspirații**, **sentimente și emoții** și **calități și defecte**. Totuși, analiza statistică a pus în evidență unele diferențe între percepțiile de sine ale fetelor și cele ale băieților. Astfel, fetele au semnificativ mai multe enunțuri referitoare la **sentimente și emoții** și **calități și defecte** decât băieții, pe când ei se referă mai des la **gusturi și interese**. Categorii ce au fluctuații semnificative în timp sunt **aspirații** și **calități și defecte**. La băieți se observă o scădere a importanței categoriei **aspirații** în clasa a X-a, după care își revine în clasa a XI-a. În cazul fetelor,

categoria **calități și defecte** crește ca importanță în clasa a X-a și a XI-a, pentru ca apoi să scadă iarăși ca importanță în clasa a XII-a.

Deoarece au cea mai mare mobilitate de-a lungul adolescenței, consider că aceste dimensiuni ale conceptului de Sine sunt cele mai susceptibile de a fi modificate prin educație și consiliere.

Enunțurile din categoria **aspirații** care apar constant în autodescrierile adolescenților pe tot parcursul adolescenței sunt cele referitoare la rolul profesional dorit și la familia pe care vor să o aibă în viitor. La fetele din clasele a IX-a și a X-a apărea des dorința de a schimba lumea, societatea în care trăiesc, dorință ce nu mai apare deloc la cele din clasele mari. Pe măsură ce cresc, fetele devin mai realiste, mai adaptate și mai centrate pe nevoile personale. Se observă că atât fetele, cât și băieții devin mai deciși, mai bine determinați în exprimarea aspirațiilor lor pe măsură ce înaintează în vârstă și se cunosc mai bine. Apare des la adolescenții de 17–18 ani dorința de evoluție personală.

Analiza de conținut a categoriei **sentimente și emoții** pune în evidență atât diferențe între fete și băieți, cât și între vârste diferite.

Alături de sentimentele de iubire pentru membrii familiei sau prieteni și de respingere a persoanelor mincinoase, îngâmfate, ipocrite, comune tuturor adolescenților, apar referiri la o serie de emoții ce se schimbă pe măsură ce înaintează în vârstă. Astfel, la fetele din clasele IX-XI apar des referiri la faptul că se simt singure, triste, descurajate, pe când băieții de aceeași vârstă se referă mai des la stări de nemulțumire și enervare. În clasa a XII-a emoțiile la care fac referire sunt mai pozitive, mulți adolescenți declară că se plac și sunt mulțumiți cu propria persoană. Pe toată perioada adolescenței, și în special odată cu avansarea în vârstă, fetele vorbesc într-un mod mai complex și nuanțat despre emoțiile lor decât o fac băieții. E posibil ca acest lucru să se datoreze cutumelor culturale din educație, care încurajează exprimarea emoțională în special în cazul fetelor.

Categoria **calități și defecte** se găsește la rangul de percepții centrale la fete și intermediare la băieți. Ele se subdivizează în două aspecte: pozitive (calități) și negative (defecte) și cuprind următorele domenii: referiri legate de diferite trăsături de caracter și personalitate, sport, școală. Băieții fac referire mai des decât fetele la elemente percepute ca fiind negative. Această observație s-ar datora faptului că fetele acordă o atenție mai mare aprecierii celorlalți decât băieții, ele cenzurându-și probabil discursul din dorința de a face o impresie bună examinatorului.

Atât fetele, cât și băieții se referă la o varietate mare de **interese** pe care le au, ca și la **activități** pe care le practică.

Sub-structura **Identitate de sine** este semnificativ mai importantă în autodescrierile fetelor decât în ale băieților, în special datorită categoriei **consistență**. Această dimensiune a conceptului de Sine crește mult ca importanță, în cazul fetelor, începând cu clasa a X-a. Deși nu depășește valoare de rang intermediar la fete și secundar la băieți, conținuturile auto-descriptive incluse aici oferă informații prețioase privitoare la percepția de sine a adolescenților. Începând cu clasa a IX-a apar în enunțurile fetelor și ale băieților două aspecte. Unul se referă la senzația că nu se cunosc suficient de bine și celălalt aspect se referă la caracterul schimbător, oscilant al stărilor interioare, ce poate atinge un anume conflict interior. Fetele par să trăiască mai dramatic această stare de contradicții interioare. Faptul că în clasa a XII-a puțini

adolescenţi, fete şi băieţi, fac referire la sentimentul confuziei interne conduce la ideea că, pe măsură ce au înaintat în vârstă şi s-au maturizat emoţional şi cognitiv, ei au căpătat o mai bună coerenţă interioară.

Categoria cea mai importantă la nivelul Identităţii de sine este **ideologia** (rang intermediar în clasa a IX-a şi central începând cu clasa a X-a, la fete, cât şi la băieţi), conţinutul ei gravitând în jurul părerilor personale referitoare la viaţă, oameni, vârsta adolescenţei, credinţelor religioase şi a filosofiei de viaţă. Pe măsură ce cresc, adolescenţii îşi exprima mai clar, mai nuanţat ideile personale. În opiniile lor, fetele par mai ancorate în realitatea concretă ce le înconjoară. Băieţii au o tendinţă mai mare spre filosofare pe măsură ce înaintează în vârstă. Cei din clasa a XII-a îşi exprimă şi opiniile personale despre societatea românească, politică.

Importante pentru adolescenţi sunt şi descrierile de sine în termeni de **roluri şi statute**, ce au rang intermediar atât la fete, cât şi la băieţi. Şi unii şi alţii se descriu mai ales referindu-se la statutul lor de elevi, la rolul profesional dorit, la vârsta adolescenţei, de fani ai unor echipe sportive (mai ales băieţii) sau genuri muzicale.

Cele mai mobile categorii ale Identităţii de sine, la care se înregistrează modificări semnificative statistic de-a lungul înaintării în vârstă, sunt consistenţă, ideologie şi identitate abstractă.

Diferenţele în cadrul categoriei **identitate abstractă** sunt semnificative statistic doar pentru băieţi. Această dimensiune a conceptului de Sine creşte ca importanţă la ei începând cu clasa a X-a, înregistrează o scădere în clasa a XI-a şi îşi accentuează mult importanţa în clasa a XII-a, nedepăşind rangul de percepţii intermediare. Reiese de aici că adolescenţii mai mari au tendinţa să se autodescrie mai mult ca ceilalţi prin enunţuri impersonale, să-şi pună diferite etichete.

Sintetizând diferenţele care apar între dimensiunile conceptului de Sine la nivelul Eului Personal putem deduce că fetele sunt în avans faţă de băieţi în formarea Identităţii de sine, sunt conştiente de mai multe aspecte ale Eului lor.

Rangul central al structurii **Eul Adaptativ** este aproape în întregime datorat importanţei categoriilor **valoare personală** (din sub-structura **Valoare de Sine**) şi **strategii de adaptare** (din sub-structura **Activităţi ale Eului**). Eul Adaptativ înregistrează puţine modificări semnificative de-a lungul înaintării în vârstă a adolescenţilor.

Întreaga structură a **Eului Adaptativ** are o valoare mai mare pentru fete decât pentru băieţi. Apar astfel de diferenţe atât la nivelul sub-structurii **Valoare de sine** cu categoria ei **valoare personală**, cât şi la nivelul sub-structurii **Activităţi ale Eului** cu categoriile: **ambivalenţă, dependenţă, actualizare, stil de viaţă**.

Sub-structura **Valoare de Sine** înregistrează o schimbare semnificativă la băieţi, scăzând ca importanţă în clasa a X-a, după care-şi revine. Categoria **competenţă** scade progresiv ca importanţă în autodescrierile fetelor şi ale băieţilor din clasa a IX-a spre a XII-a. Deci, pe măsură ce înaintează în vârstă, adolescenţii se evaluează din ce în ce mai puţin referindu-se la performanţele şcolare. Mult mai importante sunt judecăţile evaluative legate de corp, de relaţii interpersonale şi mai ales acelea asociate cu calităţi şi defecte. Sunt întâlnite şi evaluările trecutului personal şi al realizărilor. Toate acestea fac

parte din categoria **valoare personală**, ce are rang central la fete şi băieţi pe toată perioada adolescenţei. Pe măsură ce cresc, adolescenţii îşi nuanţează şi autoevaluările, semn al unei mai bune autocunoaşteri.

În interiorul sub-structurii **Activităţi ale Eului** doar categoria **dependenţă** îşi modifică semnificativ importanţa la fetele cu vârste diferite şi are cea mai mare valoare la cele din clasa a XII-a, rămânând totuşi la valoarea de rang secundar.

Categoria **strategii de adaptare** are rang intermediar atât la fete, cât şi la băieţi. Analiza de conţinut a enunţurilor băieţilor arată faptul că ei se percep ca fiind mai activi, mai centraţi pe rezolvarea problemelor cu care se confruntă decât fetele, în toată perioada adolescenţei. La fete sunt diferenţe între strategiile de adaptare la care fac apel la diferite vârste. Astfel, dacă fetele din clasa a IX-a par conformiste la ceea ce li se cere din exterior, în clasa a X-a şi a XI-a aleg mai degrabă să se refugieze într-o lume imaginară, fugind astfel de o realitate pe care o resping, pentru ca la cele din clasa a XII-a să apară descrise o varietate de strategii de adaptare: unele pasive, cum ar fi fuga de problemă, altele active, de rezolvare a problemei. Se observă trecerea de la conformism şi disciplină exterioară spre eforturi personale de autodisciplină şi de adaptare, spre eforturi pentru o mai bună rezistenţă la influenţa altora. Şi în autodescrierile fetelor şi în ale băieţilor apar atât ideea acceptării şi supunerii faţă de regulile exterioare, cât şi ignorarea lor. Este prezentă de asemenea şi nevoia de a fi sprijiniţi de cei apropiaţi şi de a fi admiraţi, iubiţi.

Chiar dacă celelalte categorii ale sub-structurii **Activităţi ale Eului** au o valoare cantitativă mai mică, conţinuturile auto-descriptive nu sunt mai puţin revelatorii.

Enunţurile fetele şi băieţii incluse în categoria **autonomie** descriu nevoia lor de libertate şi de acţiune, dovedind astfel capacitatea lor de a-şi asuma responsabilităţi pentru a deveni cât mai independenţi. Referindu-se la categoria **ambivalenţă**, adolescenţii precizează în special nehotărârea lor, indecizia în ceea ce priveşte viitorul profesional. Ei exprimă, deşi foarte rar, nevoia de a putea fi înţeleşi de către ceilalţi, nevoia de suport exterior pentru a se simţi în siguranţă, enunţuri incluse în categoria **dependenţă**. Descrierile din categoria **actualizare de sine** pun în evidenţă ideea de evoluţie personală, iar afirmaţiile din categoria **stil de viaţă** sunt legate de modul de a-şi trăi viaţa trecută, prezentă sau viitoare. Cei mai mulţi se ghidează după motto-ul: „Trăieşte clipa." Toate aceste conţinuturi sunt valabile şi pentru fete şi pentru băieţi.

Structura **Eul Social** are valoare de percepţie centrală la toţi adolescenţii, indiferent de vârstă şi sex. La nivelul sub-structurilor, o importanţă mai mare o are sub-structura **Preocupări şi atitudini sociale** (rang central la fete şi rang intermediar la băieţi), în timp ce sub-structura **Referinţe la sexualitate** are rang secundar la toţi adolescenţii examinaţi.

În interiorul structurii **Eul Social**, sub-structura **Preocupări şi atitudini sociale** îşi modifică semnificativ statistic importanţa pentru băieţi: creşte ca importanţă în clasa a X-a şi a XI-a şi scade în clasa a XII-a. În interiorul ei, singura categorie ce-şi modifică importanţa este **receptivitatea**, care scade în importanţă în clasa a XII-a în grupul băieţilor. Pare astfel că băieţii din clasa a XII-a acordă mai puţină importanţă ca cei mai mici ca vârstă relaţiilor interpersonale.

De altfel, la acest moment al vârstei (de 17–18 ani), se înregistrează diferenţe semnificative de gen la nivelul întregului **Eu Social**, care are o valoare semnificativ

mai mare pentru fete decât pentru băieţi. Semnificativ mai importantă este pentru ele sub-structura **Preocupări şi Atitudini Sociale,** cu categoriile sale: **receptivitate, dominare şi altruism.**

Se poate spune că în clasa a XII-a fetele se percep mai mult ca băieţii prin raportare la relaţiile cu ceilalţi. Este prezentă la fete o intensitate emoţională mai mare, legată de comunicarea interpersonală.

Conţinutul categoriei **receptivitate** este asemănător în autodescrierile fetelor şi băieţilor, cu un mare grad de diversitate. Şi unii şi alţii se referă la importanţa de a avea prieteni pentru plăcere, pentru încredere, pentru a se distra, pentru a discuta. Mai mulţi vorbesc de nevoia lor de a avea prieteni, de a fi prieteni cu toată lumea, în timp ce alţii precizează că sunt selectivi: nu îşi fac prieteni din oricine. Apare şi grija de a nu judeca prea rapid, de a-i respecta pe ceilalţi pentru ideile lor şi pentru ceea ce sunt ei. Este prezentă şi nevoia de colaborare cu ceilalţi.

Enunţurile incluse în categoria **dominare** arată faptul că, în timp ce fetele se percep în special ca fiind agresate din exterior şi doar puţine dintre ele vorbesc despre faptul că-i pot domina pe alţii, băieţii se referă aproape în exclusivitate la al doilea aspect. De asemenea, fetele îşi percep mai mult ca băieţii latura lor altruistă. În general, ele sunt exuberante în nevoia lor de a ajuta, pe când băieţii vorbesc simplu despre faptul că sprijină la nevoie diverse persoane.

Schimbări semnificative statistic se produc şi în interiorul sub-structurii **Referinţe la sexualitate**, unde categoria **referinţe simple** creşte ca importanţă începând cu clasa a X-a, a XI-a şi scade uşor în clasa a XII-a, în grupul fetelor. La nivelul categoriei sale **referinţe simple**, apar diferenţe semnificative între fete şi băieţi, mai ales în clasa a IX-a. Enunţurile se referă la atracţia faţă de persoanele de sex opus. Băieţii sunt mai deschişi în a se referi la aceste aspecte decât fetele.

Structura **Eu/ Non-Eu**, împreună cu sub-structurile sale **Receptivitate faţă de alţii** şi **Opiniile altora despre sine** sunt semnificativ mai importante pentru fete decât pentru băieţi şi nu se înregistrează schimbări importante de-a lungul înaintării în vârstă.

Enunţurile primei sub-structuri cuprind referiri la reuşitele şi părerile celorlalţi, vorbind astfel indirect despre sine, referiri la exigenţele părinţilor sau ale profesorilor, la faptul de a se simţi acceptat sau nu de către diferite persoane (părinţi, colegi, profesori), la tipul de relaţii stabilite cu toate aceste persoane.

E interesant de observat că, în timp ce băieţii se referă în toată perioada adolescenţei mai mult la prieteni şi puţin la părinţi, fetele de vârste diferite au repere exterioare diferite. Astfel, în autodescrierile fetelor din clasa a IX-a apar mai ales referiri la membrii familiei, pentru ca în clasele a X-a şi a XI-a să predomine referirile la prieteni. La cele din clasa a XII-a apar atât referiri la prieteni (cel mai frecvent la faptul că prietenii le-au dezamăgit), cât şi la părinţi. Referirile la părinţi au în general un caracter pozitiv, deşi unii adolescenţi percep faptul că părinţii şi adulţii, în general, nu înţeleg generaţia lor.

Faptul că sub-structura **Opiniile altora despre sine** are rang de percepţie intermediară la fete şi secundară la băieţi arată că fetele se raportează mai mult decât băieţii la modul cum le văd ceilalţi, atunci când se autodescriu. Opiniile celorlalţi sunt atât pozitive, cât şi negative şi la adolescenţii cu vârste mai mari apare ideea că ceilalţi îi judecă greşit, fără să-i cunoască bine.

Sintetizând, apare la fete o raportare mai mare la ceilalţi atunci când se autodescriu, comparativ cu băieţii. Dacă se corelează asta şi cu referiri mai frecvente la Eul Adapativ, se poate trage concluzia că *fetele sunt mai conformiste şi mai ancorate social decât băieţii la această vârstă.* Aceştia din urmă par ceva mai individualişti. Se poate găsi o relaţie între această concluzie şi presiunea modelului masculin impus fetelor în societatea românească actuală.

Consider că aceste concluzii au atât **implicaţii teoretice**, cât şi **implicaţii practice.**

Din punct de vedere teoretic, ele aduc un plus de înţelegere asupra dinamicilor evoluţiei conceptului de Sine în perioada adolescenţei şi mai ales asupra diferenţelor de gen.

Implicaţiile practice se referă atât la domeniul educaţional, cât şi la cel al consilierii din şcoli. Cunoscând modul cum se percep adolescenţii la diferite vârste şi diferenţele care există între fete şi băieţi, profesorii şi părinţii ar putea să-şi adapteze mai bine modul de comunicare cu ei. De asemenea, cunoscând aceste lucruri, precum şi dimensiunile conceptului de Sine care au cel mai mare grad de flexibilitate şi mobilitate de-a lungul adolescenţei, consilierii şcolari vor avea puncte de reper importante în intervenţia lor centrată pe cunoaşterea de sine a adolescenţilor şi în orientarea profesională.

2. ETAPA A DOUA A CERCETĂRII

2.1. Obiectivele şi ipotezele cercetării

După ce am demonstrat în prima etapă a cercetării modul în care instrumentul G.P.S. (Geneza Percepţiei de Sine) permite o diagnoză fină a dimensiunilor conceptului de Sine la adolescenţi, ceea ce îmi propun în a doua etapă este să folosesc acest instrument de evaluare pentru identificarea dificultăţilor şi perturbărilor în dezvoltarea conceptului de Sine la adolescenţii diagnosticaţi în clinica de neuropsihiatrie cu diferite tulburări emoţionale şi de comportament. Tulburările emoţionale includ manifestări ca: anxietate, stări depresive, acuze somatice, timiditate exagerată, închidere în sine. Ele mai poartă numele de tulburări internalizate (Achenbach, 1978) şi provoacă suferinţă în special individului. Tulburările de comportament cuprind manifestări ca: lipsă de supunere, distructivism, probleme de concentrare a atenţiei, comportament agresiv şi chiar delicvenţă în cazuri extreme. Ele cauzează suferinţă în special mediului individului, de aceea se mai numesc tulburări externalizate (Achenbach, 1978).

În urma acestei cercetări prevăd atât implicaţii metodologice, cât şi o contribuţie la înţelegerea a ceea ce se ascunde în spatele diferitelor tulburări psihice la adolescenţi. Iar ceea ce aduce noutate acestui studiu este faptul că nici creatorul instrumentului de evaluare a conceptului de Sine G.P.S., prof. Rene L'Ecuyer (1990, 1993) nu l-a aplicat pe persoane cu tulburări psihice.

Bazându-mă pe observaţiile mele clinice şi teoriile parcurse mi-am formulat următoarele **întrebări** de la care am demarat cercetarea:

1. Există diferenţe între adolescenţii consideraţi normali, „neclinici" şi cei cu diferite disfuncţii psihice, în ceea ce priveşte conceptul de Sine?

2. Există un specific al tabloului dimensiunilor conceptului de Sine în funcţie de tipul de tulburări psihice: emoţionale (bazate pe internalizare) şi comportamentale (bazate pe externalizare)?

3. Există diferenţe între profilele conceptului de Sine la fete şi la băieţi în interiorul aceleiaşi tulburări psihice?

Am transformat aceste întrebări în ipoteze de cercetare pe care le-am verificat folosind atât analiza cantitativă a datelor cu ajutorul testului statistic chi pătrat, cât şi analiza calitativă.

2.2. Lotul de subiecţi

Lotul de studiu este alcătuit din 60 adolescenţi cu tulburări emoţionale (jumătate fete şi jumătate băieţi) şi 60 adolescenţi cu tulburări de comportament (jumătate fete şi jumătate băieţi), cu vârste cuprinse între 14½ ani şi 18½ ani. Am urmărit ca în fiecare grup să existe o repartiţie proporţională pe vârste. Toţi erau elevi la liceu sau şcoli profesionale şi aveau un nivel intelectual normal.

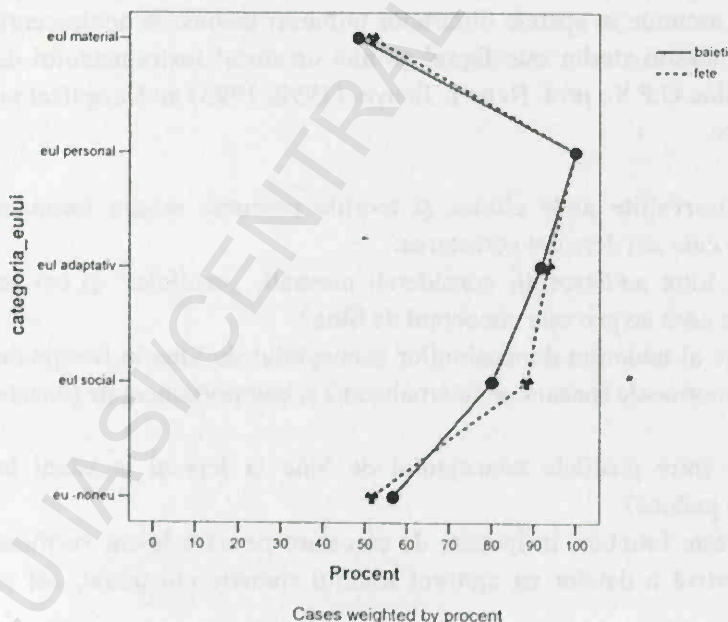
Fără a aborda tulburările psihice cu înalt grad de gravitate, m-a interesat să includ în lot adolescenţii ce prezentau dificultăţi serioase de adaptare şcolară şi/ sau familială, o stare de rău psihic care să-i determine pe ei sau familia lor să apeleze la serviciul de neuropsihiatrie.

Toţi subiecţii au fost selectaţi din serviciul de neuropsihiatrie al celor patru clinici cu care am colaborat: Centrul pentru adolescenţi din cadrul Spitalului de psihiatrie Titan „Dr. Constantin Gorgos", Policlinica pentru copii Maşina de Pâine, Policlinica pentru copii Budimex, Secţia de neuropsihiatrie a copilului şi adolescentului din Spitalul Gheorghe Marinescu, unde au primit diagnostic psihiatric.

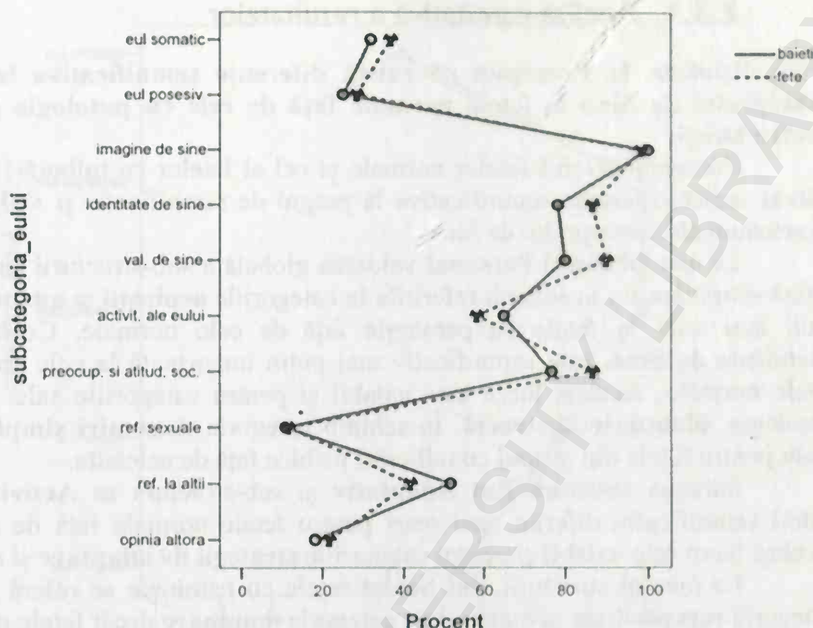
2.3. Rezultatele cercetării

Au fost determinate profilele conceptului de Sine ale adolescenţilor din lot, ţinând cont de dimensiunile tulburare psihică şi gen sexual, pe care le-am comparat cu profilele adolescenţilor fără dificultăţi psihice. Asemănările şi diferenţele ce au reieşit vor fi descrise în continuare, separat pentru fete şi băieţi.

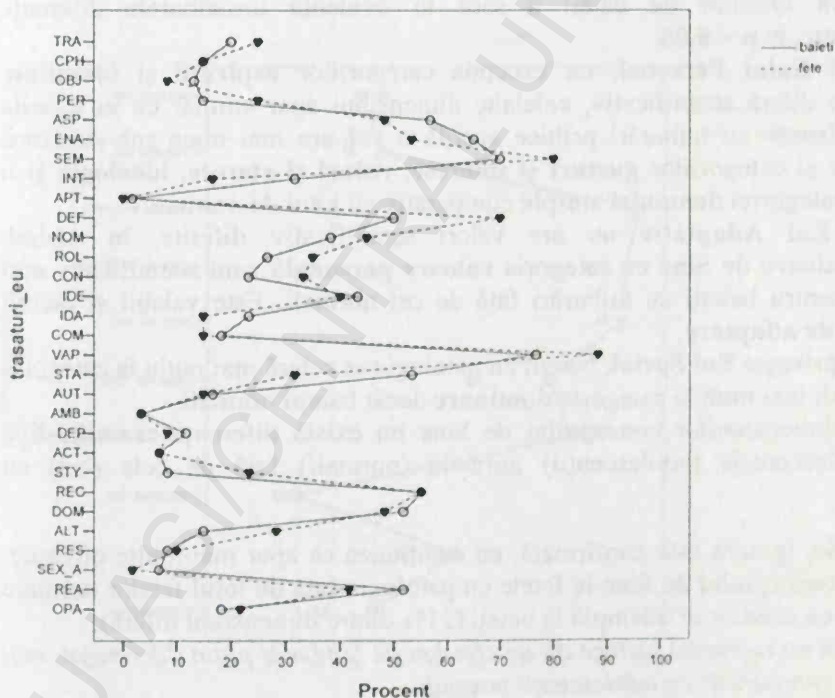
Redau mai jos profilele dimensiunilor conceptului de Sine la adolescenţii din lotul clinic.



Profilele structurilor Eului la fete şi băieţi cu vârste între 14–18 ani cu patologie



Profilele substructurilor Eului la fete şi băieţi cu vârste între 14–18 ani cu patologie



Profilele categoriilor Eului la fete şi băieţi cu vârste între 14–18 ani cu patologie

2.3.1. Analiza cantitativă a rezultatelor

Ipoteza 1: Presupun că există diferenţe semnificative între dimensiunile conceptului de Sine la fetele normale faţă de cele cu patologie psihică. La fel şi pentru băieţi.

Comparând lotul fetelor normale şi cel al fetelor cu tulburări psihice, testul **chi pătrat** indică diferenţe semnificative la pragul de semnificaţie **$p < 0,05$** la următoarele dimensiuni ale conceptului de Sine:

La nivelul **Eului Personal** valoarea globală a sub-structurii **Imagine de Sine** nu diferă semnificativ, în schimb referirile la categoriile **aspiraţii** şi **gusturi şi interese** sunt mult mai mici la fetele cu patologie faţă de cele normale. Cealaltă sub-structură, **Identitate de Sine**, este semnificativ mai puţin importantă la cele cu patologie faţă de fetele normale. Acelaşi lucru este valabil şi pentru categoriile sale: **roluri şi statute**, **ideologie**, **identitate abstractă**. În schimb categoria **denumiri simple** are valoare mai mare pentru fetele din grupul cu tulburări psihice faţă de celelalte.

Întreaga structură **Eul Adaptativ** şi sub-structura sa **Activităţi ale Eului** au valori semnificativ diferite, mai mari pentru fetele normale faţă de cele cu patologie. Acelaşi lucru este valabil şi pentru categoriile **strategii de adaptare** şi **ambivalenţă**.

La nivelul structurii **Eul Social** fetele cu patologie se referă mult mai puţin la categoria **receptivitate** şi mai mult la categoria **dominare** decât fetele normale.

Structura **Eu/ Non-Eu** este diferită semnificativ, înregistrând o valoare mai mare în lotul fetelor normale.

Compararea loturilor de băieţi a scos în evidenţă următoarele diferenţe semnificative statistic, la **$p < 0,05$**:

La nivelul **Eului Personal**, cu excepţia categoriilor **aspiraţii** şi **identitate abstractă**, care nu diferă semnificativ, celelalte dimensiuni apar similar ca în loturile fetelor. Astfel, şi băieţii cu tulburări psihice acordă o valoare mai mică sub-structurii **Identitate de Sine** şi categoriilor **gusturi şi interese**, **roluri şi statute**, **ideologie** şi o valoare mai mare categoriei **denumiri simple** comparativ cu lotul de normali.

Structura **Eul Adaptativ** nu are valori semnificativ diferite, în schimb sub-structura sa **Valoare de Sine** cu categoria **valoare personală** sunt semnificativ mai puţin importante pentru băieţii cu tulburări faţă de cei normali. Este valabil şi pentru categoria **strategii de adaptare**.

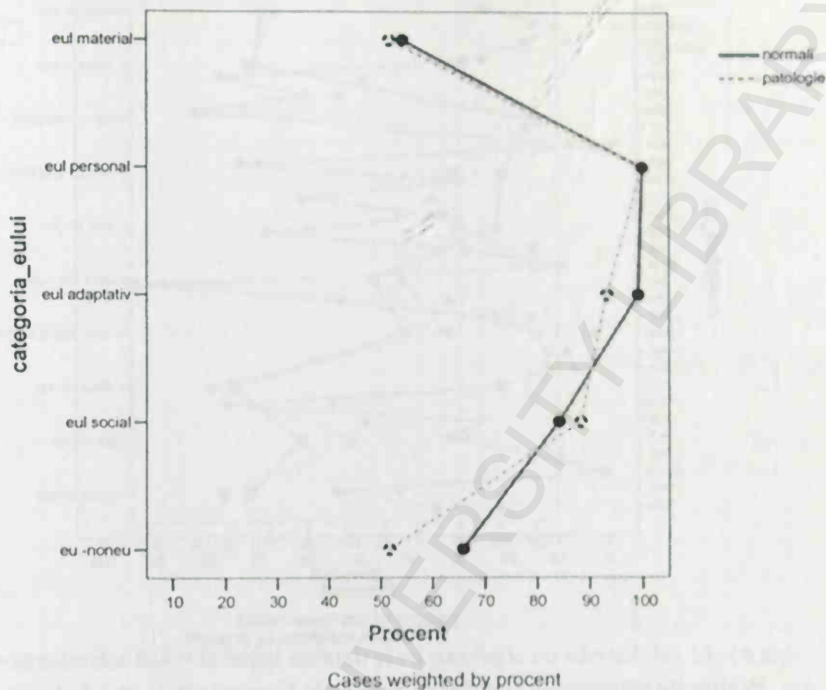
În ceea ce priveşte **Eul Social**, băieţii cu patologie se referă mai puţin la categoria **receptivitate** şi mult mai mult la categoria **dominare** decât băieţii normali.

La restul dimensiunilor conceptului de Sine nu există diferenţe semnificative statistic între adolescentele (adolescenţii) normale (normali) faţă de cele (cei) cu tulburări psihice.

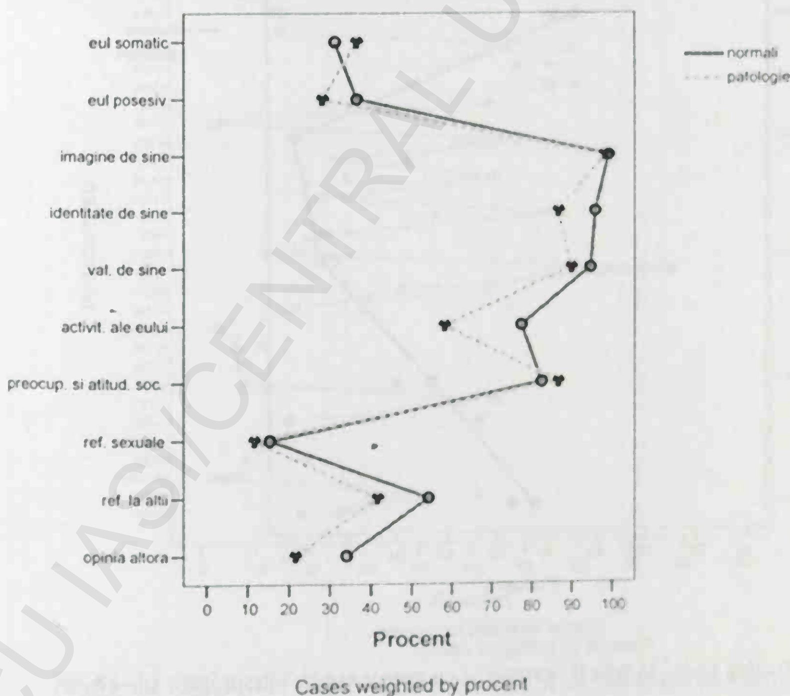
În **concluzie**, ipoteza este confirmată, cu menţiunea că apar mai multe diferenţe între dimensiunile conceptului de Sine la fetele cu patologie faţă de lotul fetelor normale (32%), comparativ cu ceea ce se întâmplă la băieţi (21% dintre dimensiuni diferă).

Adolescenţii cu tulburări psihice au un concept de Sine mai puţin diferenţiat, mai rigid şi mai confuz comparativ cu adolescenţii normali.

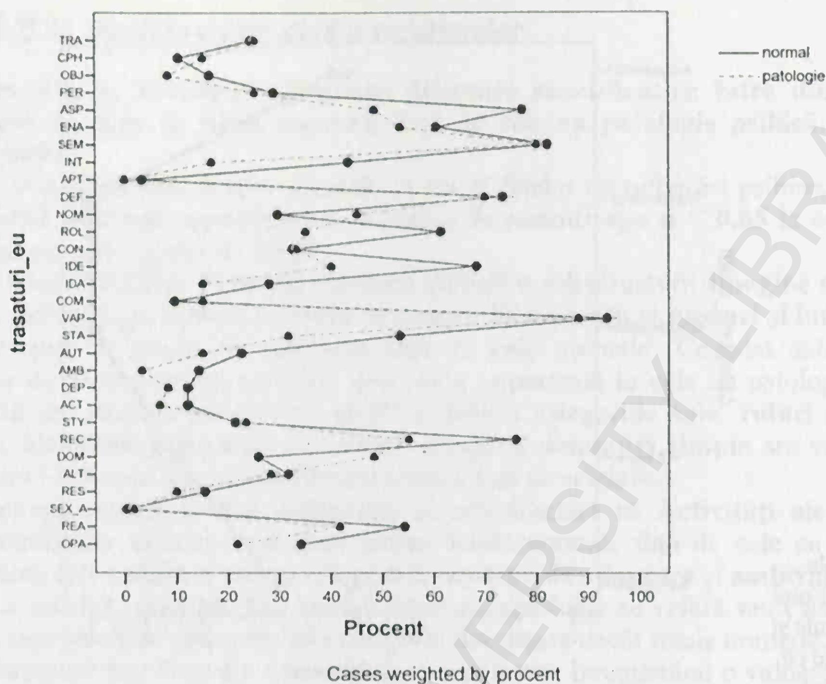
În profilele dimensiunilor conceptului de Sine redate mai jos se pot observa aceste diferenţe:



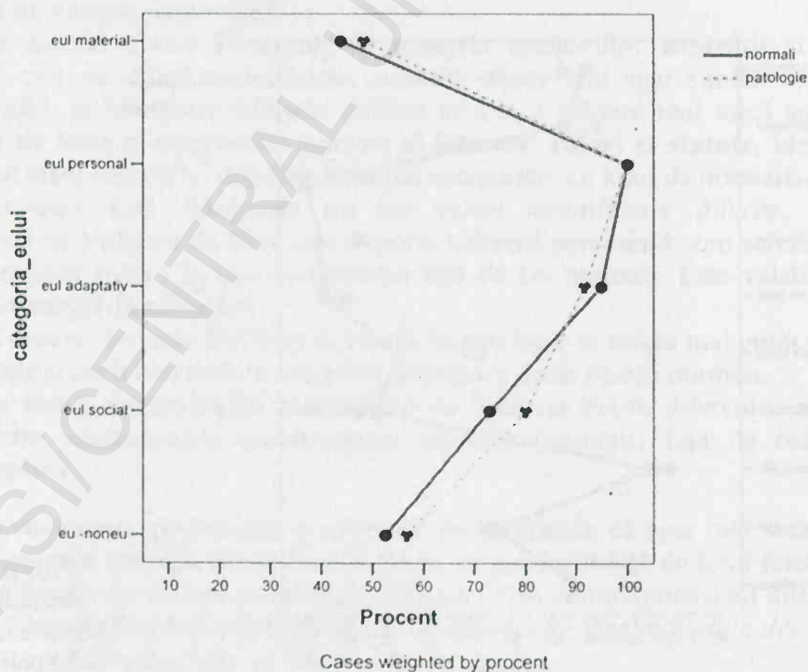
Profile ale structurilor Eului la fete normale şi cu patologie cu vârste între 14–18 ani



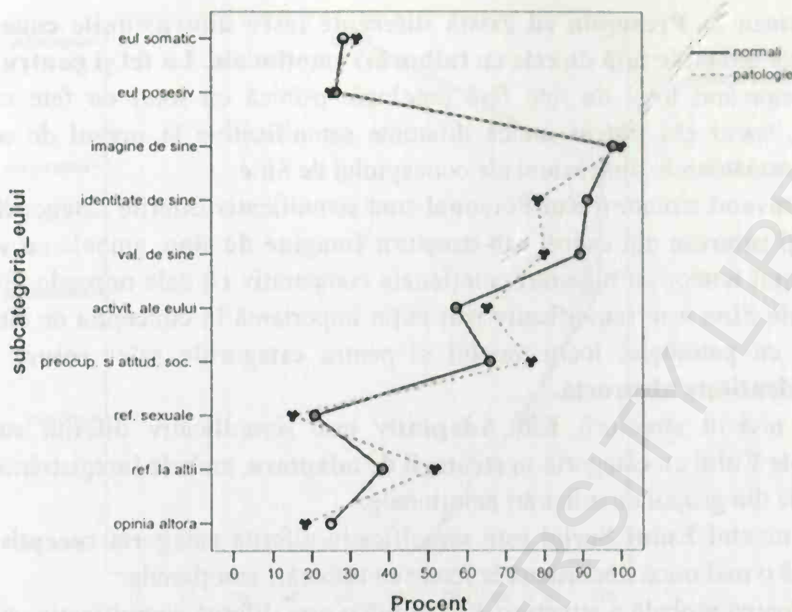
Profile ale substructurilor Eului la fete normale şi cu patologie cu vârste între 14–18 ani



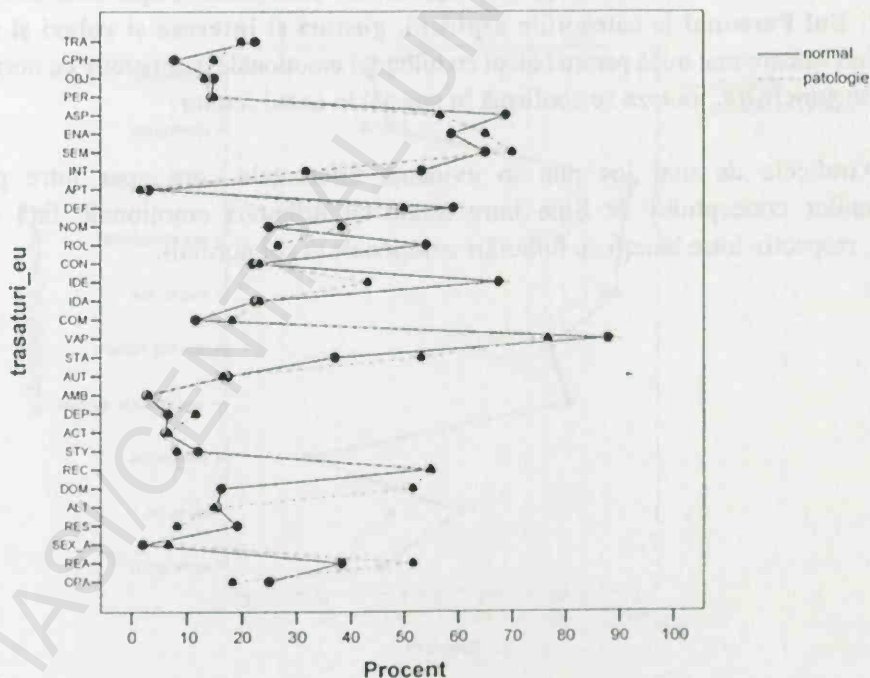
Profile ale categoriilor Eului la fete normale şi cu patologie cu vârste între 14–18 ani



Profile ale structurilor Eului la băieţi normali şi cu patologie cu vârste între 14–18 ani



Profile ale sub-structurilor Eului la băieți normali și cu patologie cu vârste între 14–18 ani



Profile ale categoriilor Eului la băieți normali și cu patologie cu vârste între 14–18 ani

Ipoteza 2: Presupun că există diferențe între dimensiunile conceptului de Sine la fetele normale față de cele cu tulburări emoționale. La fel și pentru băieți.

Comparând lotul de fete fără patologie psihică cu lotul de fete cu tulburări emoționale, testul **chi pătrat** indică diferențe semnificative la pragul de semnificație **$p < 0,05$** la următoarele dimensiuni ale conceptului de Sine:

La nivelul structurii **Eul Personal** sunt semnificativ diferite categoriile **aspirații** și **gusturi și interese** din cadrul sub-structurii **Imagine de sine**, ambele cu valoare mai mică în grupul fetelor cu tulburări emoționale comparativ cu cele normale. Substructura **Identitate de Sine** este semnificativ mai puțin importantă în concepția de sine a fetelor din grupul cu patologie, lucru valabil și pentru categoriile sale: **roluri și statute, ideologie, identitate abstractă.**

La nivelul structurii **Eul Adaptativ** este semnificativ diferită sub-structura **Activități ale Eului** cu categoria sa **strategii de adaptare**, ambele înregistrând valori mai mici la fetele din grupul cu tulburări emoționale.

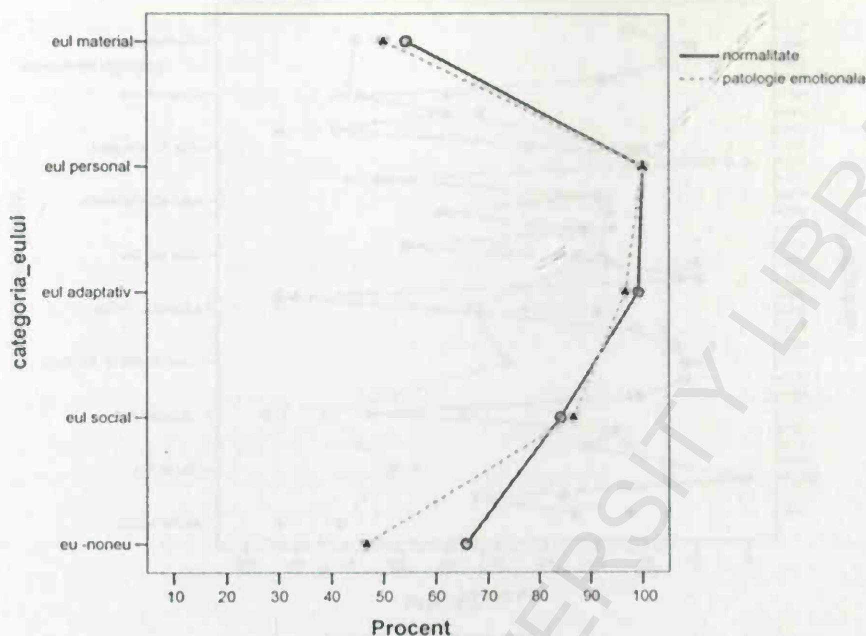
La nivelul **Eului Social** este semnificativ diferită categoria **receptivitate**, care înregistrează o mai mică importanță la fetele cu tulburări emoționale.

Valoarea globală a structurii **Eu/ non-Eu** este diferită semnificativ, având o mai mare importanță pentru fetele normale decât pentru cele cu patologie.

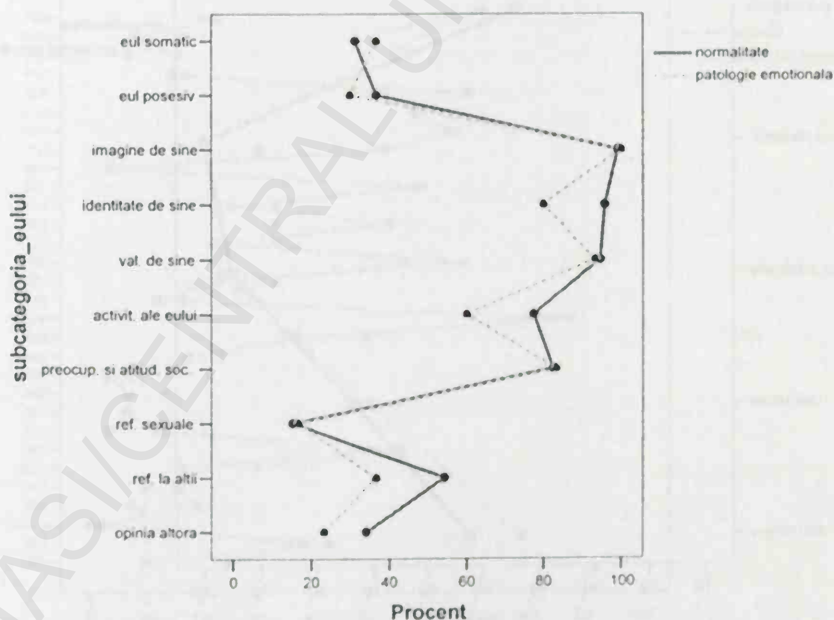
Comparând loturile de băieți, diferențe statistic semnificative apar doar în interiorul structurii **Eul Personal** la categoriile **aspirații, gusturi și interese** și **roluri și statute**, toate având valoare mai mică pentru băieții cu tulburări emoționale comparativ cu normalii.

În **concluzie**, ipoteza se confirmă în special în cazul fetelor.

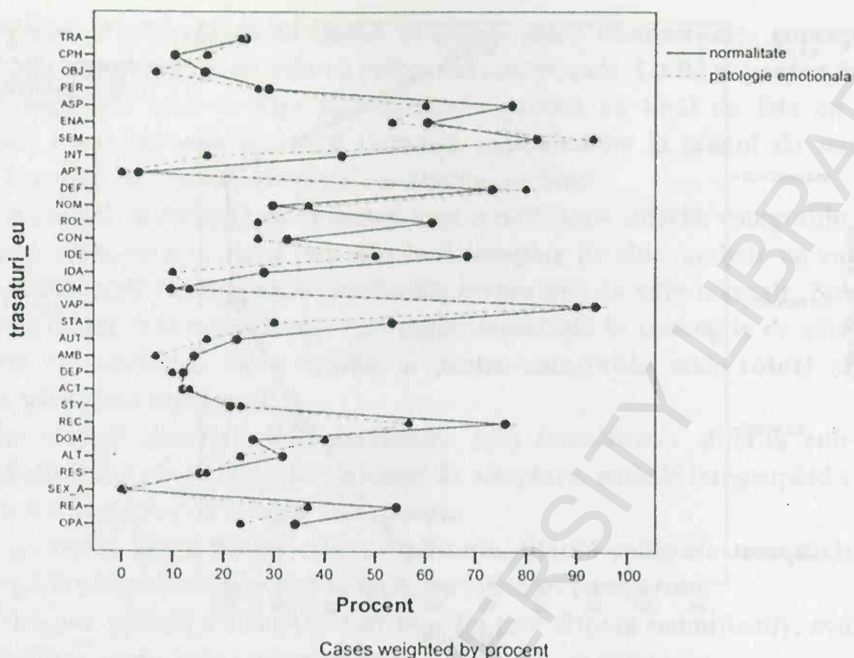
Graficele de mai jos pun în evidență diferențele care apar între profilele dimensiunilor conceptului de Sine între fetele cu tulburări emoționale față de cele normale, respectiv între băieții cu tulburări emoționale și cei normali.



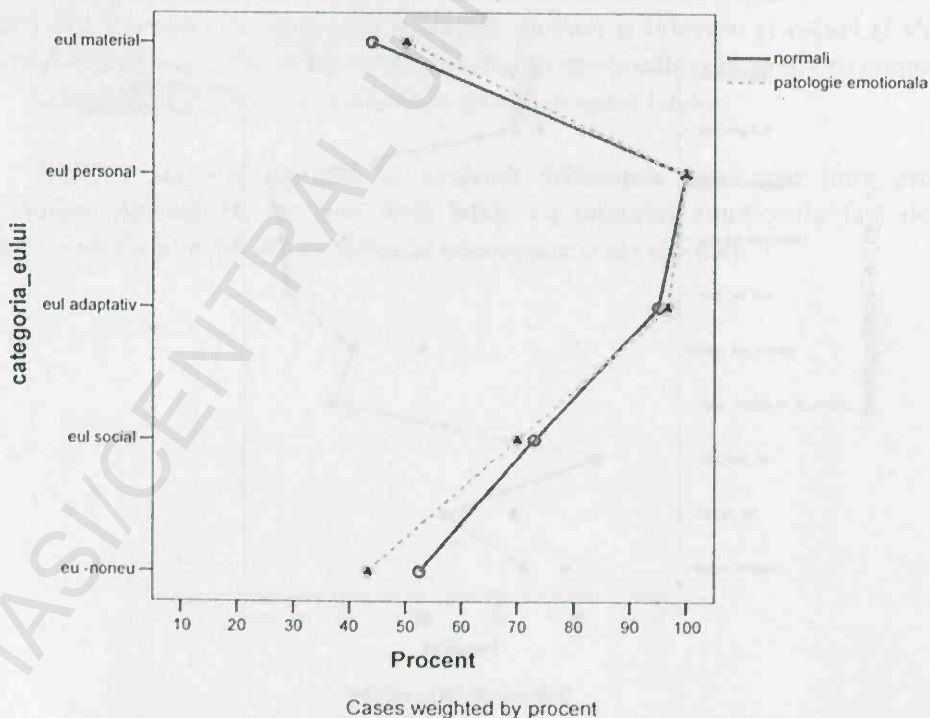
Profile ale structurilor Eului la fete normale şi cu patologie emoţională cu vârste între 14–18 ani



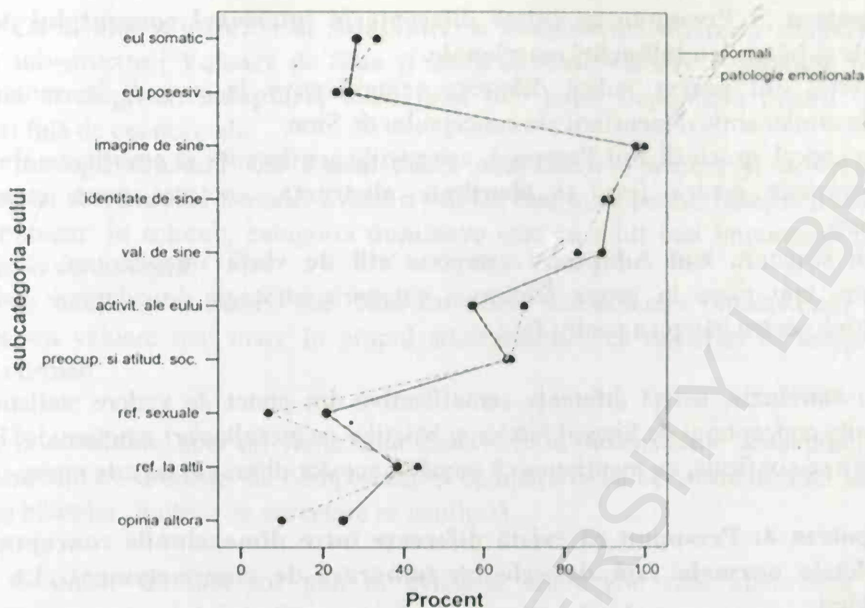
Profile ale sub-structurilor Eului la fete normale şi cu patologie emoţională cu vârste între 14–18 ani



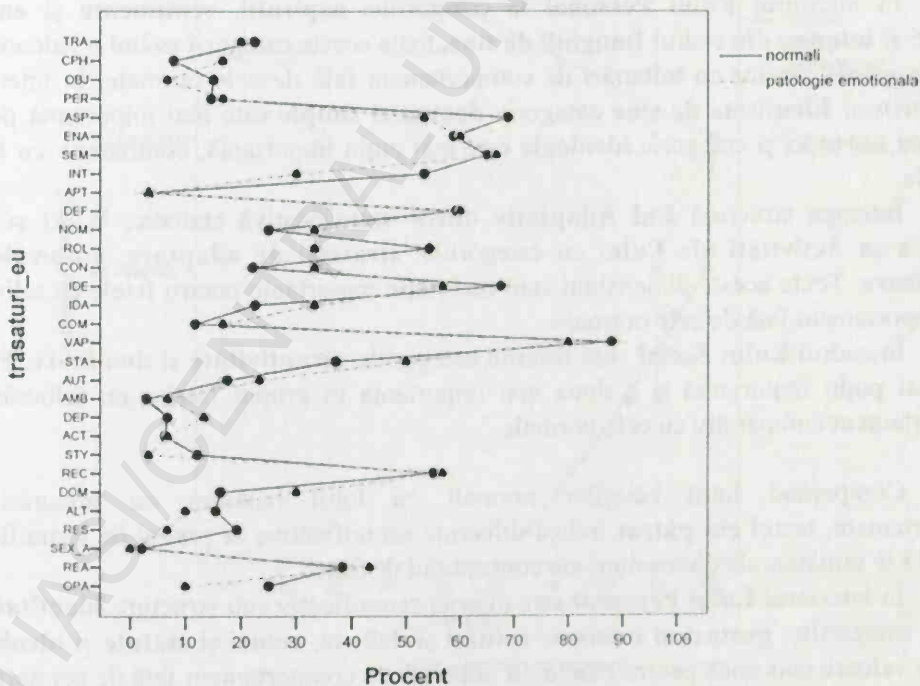
Profile ale categoriilor Eului la fete normale şi cu patologie emoţională cu vârste între 14–18 ani



Profile ale structurilor Eului la băieţi normali şi cu patologie emoţională cu vârste între 14–18 ani



Profile ale sub-structurilor Eului la băieţi normali şi cu patologie emoţională cu vârste între 14–18 ani



Profile ale categoriilor Eului la băieţi normali şi cu patologie emoţională cu vârste între 14–18 ani

Ipoteza 3: Presupun că există diferențe în interiorul conceptului de Sine între fetele și băieții cu tulburări emoționale.

Testul **chi pătrat** indică diferențe semnificative la pragul de semnificație **$p < 0{,}05$** la următoarele dimensiuni ale conceptului de Sine:

În cadrul structurii **Eul Personal,** categoriile **sentimente și emoții**, ce are o mai mare importanță pentru fete, și **identitate abstractă**, cu mai mare importanță pentru băieți.

La structura **Eul Adaptativ** categoria **stil de viață** înregistrează o valoare semnificativ mai mare în grupa fetelor și categoria strategii de adaptare este mai semnificativă pentru băieți ca pentru fete.

În **concluzie**, există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între dimensiunile conceptului de Sine al fetelor și băieților ce au tulburări emoționale. Ipoteza de cercetare se confirmă, cu mențiunea că numărul acestor diferențe nu este mare.

Ipoteza 4: Presupun că există diferențe între dimensiunile conceptului de Sine la fetele normale față de cele cu tulburări de comportament. La fel și pentru băieți.

Comparând lotul fetelor normale cu lotul fetelor cu tulburări de comportament, testul **chi pătrat** indică diferențe semnificative la pragul de semnificație **$p < 0{,}05$** la următoarele dimensiuni ale conceptului de Sine:

În interiorul **Eului Personal** la categoriile: **aspirații, sentimente și emoții, gusturi și interese** din cadrul **Imaginii de sine**, toate aceste categorii având o valoare mai mică în grupul fetelor cu tulburări de comportament față de cele normale. În interiorul sub-structurii **Identitate de sine** categoria **denumiri simple** este mai importantă pentru fetele cu tulburări și categoria **ideologie** este mai puțin importantă, comparativ cu fetele normale.

Întreaga structură **Eul Adaptativ** diferă semnificativă statistic, la fel și sub-structura sa **Activități ale Eului** cu categoriile: **strategii de adaptare, ambivalență, actualizare**. Toate aceste dimensiuni sunt mai puțin importante pentru fetele cu tulburări de comportament față de cele normale.

În cadrul **Eului Social** sunt diferite categoriile **receptivitate** și **dominare**. Prima este mai puțin importantă și a doua mai importantă în grupul fetelor cu tulburări de comportament comparativ cu cele normale.

Comparând lotul băieților normali cu lotul băieților cu tulburări de comportament, testul **chi pătrat** indică diferențe semnificative la pragul de semnificație **$p < 0{,}05$** la următoarele dimensiuni ale conceptului de Sine:

În interiorul **Eului Personal** este diferită semnificativ sub-structura **Identitate de sine** și categoriile: **gusturi și interese, calități și defecte, roluri și statute** și **ideologie**, care au valoare mai mică pentru băieții cu tulburări de comportament față de cei normali. Doar categoria **denumiri simple** are o importanță semnificativ mai mare pentru băieții cu tulburări de comportament față de cei normali.

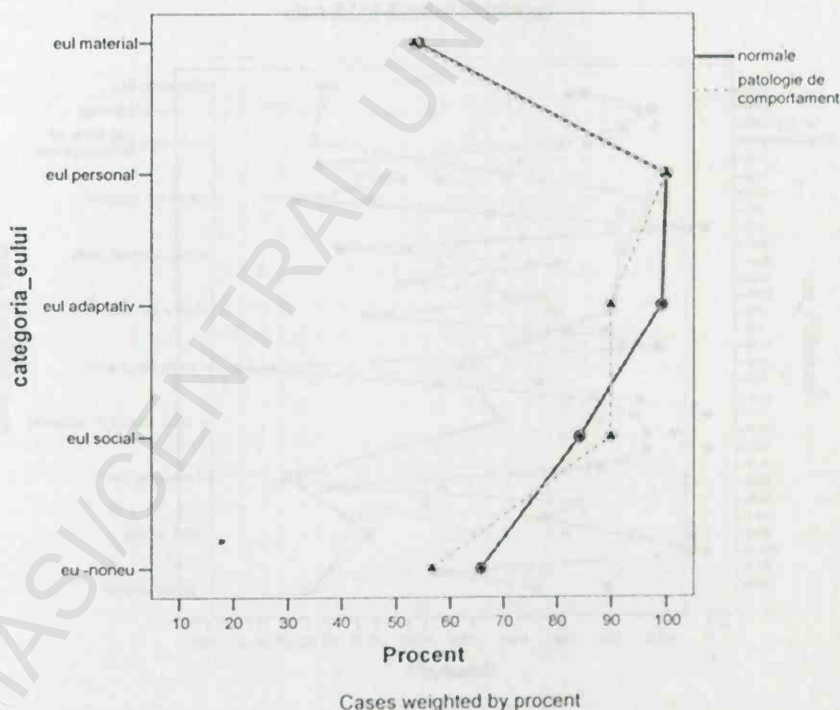
La nivelul structurii **Eul Adaptativ** se înregistrează diferențe semnificative la nivelul sub-structurii **Valoare de Sine** și categoriei sale **valoare personală**, precum și categoria **strategii de adaptare**, toate fiind mai puțin importante pentru băieții cu tulburări față de cei normali.

Întreaga structură **Eul Social** diferă semnificativ, precum și sub-structura sa **Preocupări și Atitudini Sociale**, având o valoare mai mică pentru băieții cu tulburări de comportament. În schimb, categoria **dominare** este cu mult mai importantă pentru ei, comparativ cu normalii.

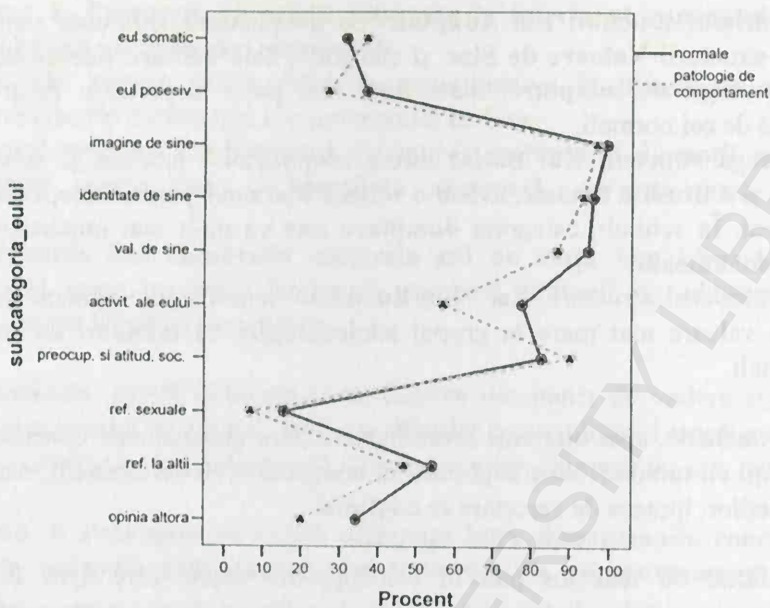
În interiorul structurii **Eu/ Non-Eu** diferă semnificativ dimensiunea **Referire la Alții**, cu valoare mai mare în grupul adolescenților cu tulburări de comportament față de normali.

În **concluzie**, apar diferențe semnificative între dimensiunile conceptului de Sine la adolescenții cu tulburări de comportament comparativ cu cei normali, mai numeroase în grupa băieților. Ipoteza de cercetare se confirmă.

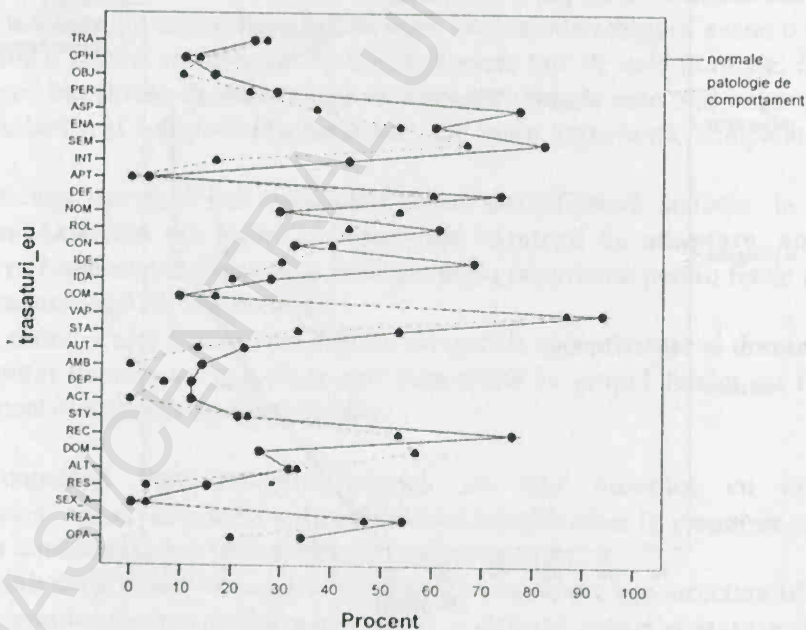
Graficele de mai jos pun în evidență diferențele care apar între profilele dimensiunilor conceptului de Sine între fetele cu tulburări de comportament față de cele normale, respectiv între băieții cu tulburări de comportament și cei normali.



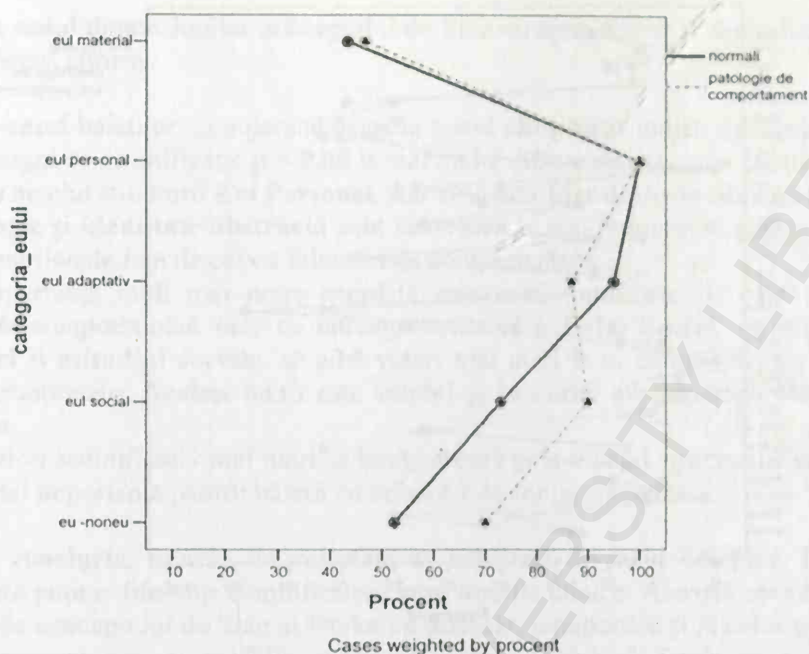
Profile ale structurilor Eului la fete normale și cu tulburări de comportament cu vârste între 14–18 ani



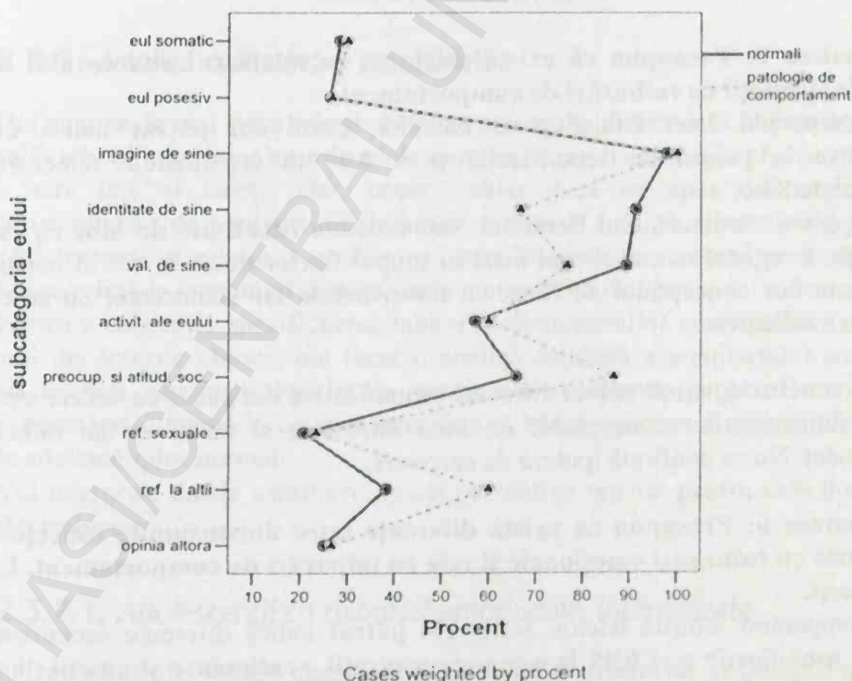
Profile ale substructurilor Eului la fete normale şi cu tulburări de comportament cu vârste între 14–18 ani



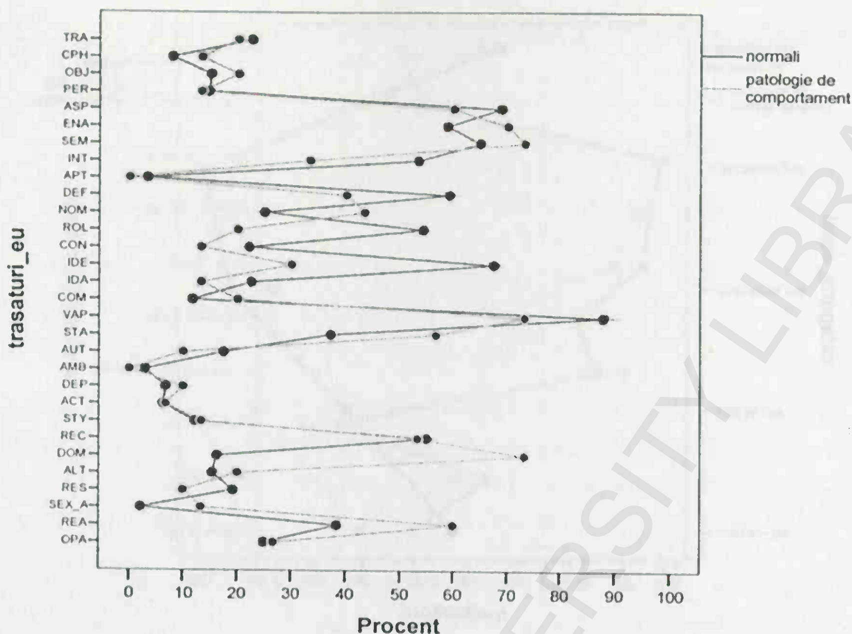
Profile ale categoriilor Eului la fete normale şi cu tulburări de comportament cu vârste între 14–18 ani



Profile ale structurilor Eului la băieţi normali şi cu tulburări de comportament cu vârste între 14–18 ani



Profile ale sub-structurilor Eului la băieţi normali şi cu tulburări de comportament cu vârste între 14–18 ani



Profile ale categoriilor Eului la băieți normali și cu tulburări de comportament cu vârste între 14–18 ani

Ipoteza 5: Presupun că există diferențe în interiorul conceptului de Sine între fetele și băieții cu tulburări de comportament.

Comparând lotul fetelor și al băieților, testul **chi pătrat** indică diferențe semnificative la pragul de semnificație **p < 0,05** la următoarele dimensiuni ale conceptului de Sine:

În cadrul structurii **Eul Personal**, sub-structura **Identitate de Sine** cu categoria **consistență**, înregistrând valori mai mari în grupul fetelor decât în cel al băieților. La restul structurilor conceptului de Sine, cu dimensiunile lor subiacente, nu se constată diferențe semnificative.

În **concluzie**, există puține diferențe semnificative din punct de vedere statistic în interiorul dimensiunilor conceptului de Sine între fete și băieți ce au tulburări de comportament. Nu se confirmă ipoteza de cercetare.

Ipoteza 6: Presupun că există diferențe între dimensiunile conceptului de Sine la fetele cu tulburări emoționale și cele cu tulburări de comportament. La fel și pentru băieți.

Comparând loturile fetelor, testul **chi pătrat** indică diferențe semnificative la pragul de semnificație **p < 0,05** la categoria **aspirații**, **sentimente și emoții** din cadrul **Eului Personal** și la categoria **actualizare** din cadrul **Eului Adaptativ**, categorii ce au o valoare mai mare în grupul fetelor cu tulburări emoționale.

La restul dimensiunilor conceptului de Sine nu apar diferențe semnificative între cele două loturi clinice.

În cazul băieților, comparând grupele testul **chi pătrat** indică diferențe semnificative la pragul de semnificație **p < 0,05** la mai multe dimensiuni ale conceptului de Sine:

La nivelul structurii **Eul Personal**, sub-structura **Identitate de Sine** cu categoriile sale **ideologie** și **identitate abstractă** sunt semnificativ mai importante pentru băieții cu tulburări emoționale față de cei cu tulburări de comportament.

Importanța mult mai mare acordată categoriei **dominare** de către băieții cu tulburări de comportament face ca întreaga structură a **Eului Social**, cu sub-structura **Preocupări și atitudini sociale**, să aibă valori mai mari la ei comparativ cu băieții cu tulburări emoționale. Același lucru este valabil și în cazul sub-structurii **Referințe la Sexualitate**.

Valori semnificativ mai mari se înregistrează și la nivelul structurii **Eu/ Non Eu**, care este mai importantă pentru băieții cu tulburări de comportament.

În **concluzie**, ipoteza de cercetare se confirmă în cazul băieților. La fete se înregistrează puține diferențe semnificative între loturile clinice. Această asemănare între dimensiunile conceptului de Sine al fetelor cu tulburări emoționale și al celor cu tulburări de comportament este o posibilă explicație pentru faptul că fetele cu tulburări de comportament sunt mult mai receptive la terapie decât băieții. Ele par să aibă o tulburare emoțională mascată în spatele manifestărilor comportamentale.

2.3.2. Analiza calitativă a rezultatelor

Din analiza de mai sus a reieșit că există mai multe dimensiuni ale conceptului de Sine semnificativ diferite între loturile adolescenților normali și loturile clinice, precum și diferențe între fete și băieți. Dar, uneori, chiar dacă nu apar diferențe statistic semnificative, analiza de conținut a enunțurilor scoate la lumină diferențe de percepție între ei. Adolescenții din loturile studiate nu pun întodeauna accentul pe aceleași idei atunci când se referă la o anumită dimensiune a conceptului de Sine.

Pentru a evidenția specificitatea tabloului dimensiunilor conceptului de Sine la adolescenții din loturile clinice, am făcut o analiză detaliată a conținutului enunțurilor aparținând fiecărei categorii. Prezint în continuare rezultatul, pentru fiecare tip de tulburare, punctând diferențele ce apar între fete și băieți, precum și diferențele față de enunțurile adolescenților normali.

- Voi interpreta datele cantitative și cele calitative separat pentru cele două tipuri de tulburări psihice.

2.3.2.1. Adolescenții cu tulburări emoționale, internalizate

I. Din punct de vedere cantitativ, structura **Eul Material** și dimensiunile sale subiacente au aceeași valoare ca la adolescenții normali. Astfel, **Eul Material** are rang intermediar atât la fete, cât și la băieți, sub-structurile **Eul Somatic** și **Eul Posesiv** sunt de

rang intermediar, respectiv secundar, iar categoriile sunt la nivelul percepţiilor secundare. Nici analiza de conţinut nu scoate în evidenţă diferenţe semnificative.

În interiorul categoriei **trăsături şi aparenţă fizică** se găsesc atât enunţuri ce se referă la faptul că le place un anume aspect fizic, cât şi enunţuri care se referă la aspecte care nu le plac, fără să predomine numeric vreun anumit tip. Exemple de enunţuri ale fetelor: „Am câteva complexe legate de felul în care arăt: sunt grasă, am coşuri, îmi cade părul.", „Sunt drăguţă... îmi plac ochii care sunt verzi, nu prea-mi plac nasul şi corpul... aşa şi aşa de la talie în jos." Enunţuri extrase din răspunsurile băieţilor: „Din punct de vedere fizic nu am prea mari calităţi, că nici prea frumos nu sunt, nici mare musculatură nu am.", „Fizic mi se pare că sunt un om obişnuit, nici prea frumos, nici prea urât."

Nici conţinutul categoriei **condiţie fizică** nu diferă între fete şi băieţi. Şi la unii şi la ceilalţi, spre deosebire de normali, predomină enunţurile legate de problemele de sănătate. Exemple: „Din cauza grijilor sunt obosită mai tot timpul.", „Mă liniştesc mâncând zahăr sau bomboane." (fete); „Mă doare capul.", „Nu pot dormi noaptea." (băieţi).

În interiorul categoriei **posesiune de obiecte** vorbesc de animalul lor de casă, iar categoria **posesiune de persoane** include mai ales referiri la membrii familiei.

II. Ca şi la normali, structura **Eul Personal** cu cele două sub-structuri ale sale: **Imaginea de Sine** şi **Identitatea de Sine**, au rang central atât pentru fete, cât şi pentru băieţi. Diferenţe apar la nivelul unor categorii.

1. Dimensiunile sub-structurii **Imagine de sine**

Categoria **aspiraţii**, de importanţă centrală la adolescenţii normali, are rang intermediar atât la fetele, cât şi la băieţii cu probleme emoţionale. Analiza de conţinut a enunţurilor scoate în evidenţă aspecte interesante asupra lucrurilor pe care şi le doresc aceşti adolescenţi. În primul rând, comparativ cu adolescenţii normali, apar foarte puţine aspiraţii legate de rolul profesional sau dorinţe legate de viitoarea familie. Majoritatea enunţurilor se referă la dorinţa lor de a se schimba, de a fi altfel, cu scopul de a se integra mai bine în colectiv, chiar de a fi apreciaţi ca persoane importante, de a scăpa de probleme (aspect ce apare mai des în autodescrierile băieţilor) sau de a fi lăsaţi în pace de ceilalţi, până chiar la a-şi dori să moară.

Exemple de enunţuri semnificative: „Aş vrea, dacă aş putea, să fiu şi eu ca ceilalţi oameni, poate aşa nu aş mai avea de suferit. Aş vrea să văd viaţa aşa cum este ea, nu în roz cum o cred eu.", „Fac tot posibilul să mă schimb. Tot ce sper este să redevin ceea ce am fost.", „Sper că într-o zi toate problemele mele se vor rezolva.", „Nu prea mai am forţa să trăiesc, pur şi simplu aş vrea să mor şi să nu mai stau cu părinţii." (fete); „Sper să-mi fie mai uşor să mă exprim.", „Uneori aş vrea să plec şi să las totul în urmă... poate dorinţa mea ar fi să nu trăiesc.", „Încerc să mă schimb, sperând că astfel voi reuşi să îndrept toate greşelile pe care le-am făcut şi să devin exact cum am vrut eu (niciodată perfect), dar mai raţional, mai înţelegător, mai bine dispus şi, de ce nu, mai sârguincios decât acum.", „Aş vrea să devin ceva mare, să am o funcţie importantă, pentru a scăpa oamenii de nedreptate." (băieţi).

Apare şi ideea de a scăpa de o situaţie pe care o găsesc ca fiind foarte neplăcută pentru ei.

În ceea ce privește categoria **enumerare de activități**, de rang intermediar pentru fete și băieți, analiza de conținut nu pune în evidență diferențe față de enunțurile adolescenților normali. Sunt incluse aici referiri la plăcerea de a se plimba, de a asculta muzică, de a citi, de a privi la TV, de a învăța la anumite materii școlare, de a face anumite sporturi – care sunt comune și autodescrierilor fetelor, și băieților. În plus, la băieți apare plăcerea de a se juca pe calculator.

Categoria **sentimente și emoții** este mai importantă în concepția despre Sine la fete decât la băieți. Majoritatea fetelor (93%) fac referire la emoțiile lor atunci când se referă la propria persoană. În schimb, în lotul băieților testați referirile la emoții au doar rang intermediar.

Emoțiile la care se referă **fetele** atunci când se autodescriu sunt în special în registrul disforic: suferință, teamă, nesiguranță, neîncredere, nefericire, tristețe, iritare. Multe se referă la faptul că suferă din orice. „Din punct de vedere afectiv încerc să nu mai pun totul la suflet, dar e destul de greu și nu reușesc mereu.", „Plâng aproape din orice... pun la suflet toate jignirile și toate cuvintele urâte care mi se adresează... mă enervez la orice glumă proastă sau când sunt acuzată pe nedrept." Ideea care apare este că multe dintre fetele din lot au sentimente negative față de propria persoană. Exemplu sugestiv: „În cea mai mare parte a timpului mă plâng și-mi găsesc o mulțime de defecte, de la fizic la mental."

Fetele au tendința să exprime direct ceea ce simt, făcând în mod vag legătura între stările lor și ceea ce le declanșează, la ce sau la cine fac referire emoțiile lor. Puține dintre ele vorbesc despre ceea ce simt față de anumite persoane: „Detest violența, ipocrizia, persoanele cu mai multe fețe, să fiu mințită.", „Le iubesc pe mama și pe sora mea." Apare, ce-i drept rar, exprimat sentimentul de iubire față de anumite persoane, copii, animale. Nu apare acea diversitate de emoții exprimată în enunțurile fetelor normale.

Și emoțiile la care fac referire **băieții** sunt din același registru cu al fetelor: teamă, tristețe, nesiguranță, enervare. Analiza de conținut pune în evidență faptul că băieții au tendința, mai des decât fetele, să vorbească despre emoții care le sunt declanșate de relațiile cu ceilalți. Exemple: „Sunt speriat de faptul că în lume o să întâlnesc oameni care vor vrea să îmi facă rău... Faptul că viața se complică mă sperie.", „De multe ori, când văd nedreptăți care se întâmplă oamenilor, sufăr și mă enervez, pentru că îmi pasă.", „Când mă cert cu mama sunt supărat toată ziua."

Categoria **gusturi și interese**, de rang secundar atât la fete, cât și la băieți, cuprinde aproximativ aceleași enunțuri și la unii și la ceilalți. Cel mai des apar referiri legate de interesul pentru muzică, calculator, natură, unele materii școlare, sport. Adolescenții normali dau mai multe și mai nuanțate enunțuri încadrate în această categorie.

Dimensiunea conceptului de Sine **calități și defecte** este de rang intermediar în lotul fetelor și în cel al băieților. Enunțurile incluse în această categorie sunt din sfera trăsăturilor de personalitate și de caracter, văzute atât ca și calități, cât și ca defecte. Trăsăturile ce apar cel mai des la fete sunt: timidă, sensibilă, sperioasă, sinceră, deșteaptă, ambițioasă, simpatică, egoistă, leneșă. Cel mai des apar la băieți următoarele atribute: timid, liniștit, deștept, modest, singuratic, simpatic.

2. Dimensiunile sub-structurii **Identitate de Sine**

Percepţiile de sine din registrul **denumirilor simple**: vârstă, nume, data naşterii, au rang intermediar atât la fete, cât şi la băieţi.

În schimb, enunţurile din categoria **roluri şi statute** apar mai puţin frecvent decât la adolescenţii normali, atât în cazul fetelor, cât şi al băieţilor. Diferenţe sunt şi în conţinutul enunţurilor.

Fetele fac referire cel mai adesea la clasa şcolară căreia îi aparţin. O singură adolescentă din lot se descrie ca fiind adolescentă şi două cu „Sunt încă un copil". Aceleaşi tipuri de enunţuri apar şi la băieţi, în plus apar câteva referiri la alte roluri: „Stelist înrăit", „Îmi apăr rolul meu în societate, oricât de mic ar fi el."

Se observă că, spre deosebire de adolescenţii fără tulburări psihice, aici nu apar deloc referiri la rolurile profesionale dorite.

Categoria **consistenţă** este ceva mai importantă pentru băieţi (rang intermediar) ca pentru fete (rang secundar).

Percepţiile de sine incluse în această categorie, atât la fete, cât şi la băieţi, sunt de tipul: „Nu mă cunosc prea bine.", „O trăsătură a mea este că sunt neechilibrată din punct de vedere al stărilor de moment." (fete); „Sunt schimbător, uneori sunt aşa, alteori sunt aşa. Contează cu cine sunt. Nu sunt ceva fix.", „Am crezut mult timp că mă cunosc, dar acum descopăr acele părţi din mine ascunse în întuneric." (băieţi). Reiese din aceste enunţuri inconsistenţa în cunoaşterea de sine a acestor adolescenţi.

Spre deosebire de adolescenţii normali, care acordă o valoare centrală categoriei **ideologie**, în autodescrierile adolescenţilor cu probleme emoţionale ea nu are decât rang intermediar şi pentru fete şi pentru băieţi. Fetele îşi exprimă păreri personale, concluzii la care au ajuns referitoare la relaţiile cu ceilalţi, la viaţă în general. Exemple: „La un moment dat am crezut că nu merit să trăiesc în această lume plină de răutăţi.", „Am realizat că, în cele din urmă, familia este cea mai importantă, aşa că ar trebui să nu mă mai prefac că sunt într-un anume fel doar pentru a fi pe placul celorlalţi. Însă a şi pune în practică teoria este mai dificil.", „Din scurta mea experienţă de viaţă am învăţat că uneori e mai bine să nu arăţi ceea ce simţi, chiar dacă în faţa celorlalţi o să pari insensibilă. În unele momente poate fi o bună metodă de protecţie."

Enunţurile băieţilor, chiar dacă sunt tot opinii personale, au un iz mai filosofic decât enunţurile fetelor. Exemple: „Dacă rolul meu în societate este neglijat, societatea nu există şi existenţa noastră particulară este pusă în primejdie.", „Uneori mă simt ca un călător singuratic ce caută o lume perfectă, o relaţie perfectă, o viaţă perfectă. Dar această utopie nu o s-o găsesc. Trebuie să o fac, să o creez.", „Cred că nu exist din cauza trecutului meu de care nu mă simt împlinit.", „De ce să ies din lumea mea? Acolo totul este bine, acolo eu sunt stăpân şi sclav, bun şi rău, frumos şi urât; e lumea mea... Dar când ies ce văd? Văd mizerie şi ipocrizie, ură şi răutate, de la cei mai tineri membrii ai societăţii până la cei mai bătrâni. Aşa sunt şi colegii mei şi cei pe care-i numeam orbit de orgoliu prieteni. Din cauza lor sunt acum închis într-o cuşcă întunecată şi nu ştiu unde e cheia... Mi-e frică să caut cheia, pentru că dacă o găsesc voi vrea să caut uşa, iar când o voi găsi o voi deschide. Dar e prea întuneric şi nici nu văd ce e dincolo. Voi pipăi şi nu voi simţi nimic. Oare sunt suspendat? Oare dacă sar voi fi zdrobit? Dar poate nu voi fi zdrobit, dar ajuns jos voi întâlni creaturile crude care sunt oamenii înşişi. Parcă e mai bine

închis. Mai bine nu caut cheia... Prea multe întrebări ce îmi complică viața. Dar ele sunt principalele lucruri ce-mi țin capul sus. Precum și faptul că *speranța moare ultima*."

Dacă fetele fac referiri mai ample, mai nuanțate la emoțiile pe care le trăiesc, în schimb în autodescrierile băieților apar enunțuri mai ample în interiorul categoriei ideologie. Ar părea că fetele își trăiesc frământările, neliniștile, temerile la nivel emoțional, pe când băieții se raportează la ele în special în planul ideativ, imaginativ. Ei par să raționalizeze mai mult decât fetele.

În relație cu această observație este dimensiunea următoare a conceptului de Sine: **identitate abstractă**, care apare cu un grad de importanță mai mare la băieți (rang intermediar), decât la fete (rang secundar). Băieții au tendința mai mult ca fetele să-și atribuie diferite etichete impersonale: „Sunt o ființă", „Mă consider un romantic, un gentleman, poate ultimul din specia asta.", „Sunt un dependent de calculator, TV și alte distracții."

III. Stuctura **Eul Adaptativ** are rang central, în timp ce sub-structura sa **Valoare de Sine** are rang central și sub-structura **Activități ale Eului** rang intermediar, atât la fete, ca și la băieți. Nici la nivelul categoriilor subiacente nu sunt mari diferențe de ordin cantitativ între fete și băieți.

Categoria **competență**, de nivel secundar, atât în autodescrierile fetelor, cât și ale băieților, cuprinde enunțuri legate de performanța școlară.

Categoria **valoare personală** este foarte importantă pentru fete și băieți. Aici sunt incluse judecăți de valoare, atât pozitive, cât și negative, cu privire la unele trăsături de personalitate, aptitudini școlare, de relaționare interpersonală. La fete apar ceva mai des enunțuri de tipul „Prea sensibilă", „Prea sinceră.", iar la băieți enunțul: „Cam timid." În rest, enunțurile sunt variate, diverse, personalizate. Am ales două enunțuri mai speciale: „În general, mă subestimez, dar asta deoarece dacă aș accepta adevărata valoare mi-ar părea rău că nu mă folosesc de ea." (fată) și „Mă consider plin de probleme și de ghinion." (băiat), evaluări personale care par să le influențeze nu numai percepția de sine, ci și alegerile pe care le fac în viață.

Enunțurile corespunzătoare categoriei **strategii de adaptare** apar în număr mic la fetele din lot, ceea ce face ca această categorie să aibă doar rang secundar, mai mică importanță decât pentru fetele normale. La băieți este ceva mai importantă, atingând valoarea de rang intermediar, ca și la cei normali. Se poate spune că **fetele** nu se raportează la strategii de adaptare atunci când se autodescriu, nu simt că le definesc aceste strategii sau nu au acces la ele, nu și le cunosc. Din analiza de conținut reiese că ele folosesc aproape numai strategia de evitare, de fugă din fața unei probleme (similar celor de 15-16 ani din lotul de normali). Exemple: „Îmi place să visez, pentru că lumea în care trăiesc este prea crudă.", „Mă abțin de multe ori de la comentarii pentru a nu deranja, chiar dacă atunci ar fi mult mai bine să-mi spun punctul de vedere." Doar una dintre fete face referire la o strategie mai activă de a-și rezolva problemele: „Nu mă dau ușor bătută și chiar în cazul unei înfrângeri mă ridic și merg mai departe. Bineînțeles, acum cu lecția învățată." Alte fete mai vorbesc și de nevoia de a fi iubite, admirate.

Din analiza de conținut reiese că enunțurile **băieților** au cam același sens cu ale fetelor. Și ei vorbesc de nevoia de a fi sprijiniți, iubiți. „Am nevoie cel mai mult de sprijinul celor din jur.", „Am nevoie de dragoste mai mult decât cred ceilalți." Spre

deosebire de băieţii normali, strategiile de adaptare la care fac cei mai mulţi referire sunt tot fuga în visare, izolarea. Exemple: „Încerc să mă izolez de realitate de câte ori mi se iveşte ocazia. Mă refugiez în cărţi şi în muzică.", „Visez mult, îmi imaginez foarte multe lucruri care mi-aş fi dorit să se întâmple, cu toate că unele vise sunt imposibil de realizat." Cele mai realiste metode de adaptare apar în următoarele enunţuri: „Acesta sunt eu şi trebuie să mă accept aşa cum sunt.", „Tot timpul fac planuri de viitor şi mă gândesc la rezolvarea eventualelor probleme." Totuşi, nici aceste enunţuri nu duc cu gândul la strategii active de a face faţă problemelor.

Celelalte categorii ale sub-structurii **Activităţi ale Eului: autonomie, ambivalenţă, dependenţă, actualizare, stil de viaţă** sunt slab reprezentate în autodescrierile fetelor şi ale băieţilor, niciuna dintre ele nedepăşind rangul secundar. Analiza de conţinut pune în evidenţă alte aspecte ale percepţiei de sine la aceşti adolescenţi.

Astfel, enunţurile categoriei **autonomie** se referă, şi la fete şi la băieţi, în special la nevoia de a fi liberi, independenţi. Exemple: „Îmi place să mă conduc după propriile principii şi câteodată să realizez diverse activităţi pe baza acestor principii.", „Îmi place să fiu liberă, să nu depind de părinţi sau de altcineva din jur." (fete); „Îmi place să am libertatea de care am nevoie eu şi nu cea care mi-o dau părinţii.", „Mi-aş dori să nu mai depind de alţii, decât de mine şi să le dovedesc că sunt mai bun decât ei." (băieţi).

În categoria **ambivalenţă** sunt incluse dubitaţiile interioare, oscilaţiile pe care le au înainte de a lua o decizie.

Categoria **dependenţă**, ceva mai bine reprezentată decât cea anterioară, face referire la percepţia că sunt uşor influenţabili, atât fetele, cât şi băieţii. Exemple: „Sunt influenţabilă. Mă îmbrac şi acţionez în funcţie de ceilalţi." (fată); „Felul în care mă comport în cercul de prieteni este influenţat prea mult de aceştia, în sensul că nu pot sau poate nu vreau, să mă împotrivesc normelor impuse de ei, chiar dacă nu îmi convin, ceea ce a dat o interiorizare a tuturor sentimentelor mele reale şi ieşirea în evidenţă a părţilor negative pe care societatea le acceptă atât de uşor." (băiat).

Enunţurile incluse în categoria **actualizare** sugerează percepţia că au evoluat. Exemple: „În perioada următoare morţii tatălui meu, m-am schimbat foarte mult, devenind puţin mai matură în gândire şi mai grijulie cu restul membrilor familiei mele. Pot spune că am devenit mai tolerantă." (fată); „M-am ajutat mult pe mine reuşind să fac lucruri pe care nu le făcusem până atunci sau pe care pur şi simplu nu voiam să le fac." (băiat).

Referirile la categoria **stil de viaţă** sunt mult mai frecvente în grupul fetelor decât în cel al băieţilor. Este interesant că mai mult de jumătate dintre enunţurile fetelor incluse în această categorie se referă la momente din trecut, chiar una dintre ele declarând: „Îmi place să trăiesc în trecut, nu în prezent." O singură fată are o viziune mai optimistă: „Îmi place să-mi trăiesc viaţa." Puţine se referă la viaţa prezentă sau viitoare, aşa cum o fac adolescentele normale.

IV. Structura **Eul Social** împreună cu substructura sa **Preocupări şi Atitudini sociale** au rang central în cazul fetelor şi rang intermediar pentru băieţi.

Categoria **receptivitate** are rang intermediar, atât pentru fete, cât şi pentru băieţi. Ea include în cazul fetelor atât enunţuri legate de dorinţa de a avea prieteni sau de

plăcerea de a comunica, de a se distra cu prietenii pe care-i au, cât şi enunţuri ce se referă la dificultatea de a comunica, de a stabili legături mai strânse cu ceilalţi oameni. Cele două tipuri opuse de enunţuri apar în procent aproximativ egal în autodescrierile fetelor din lot. Aceeaşi situaţie este şi la băieţi. Unii vorbesc despre uşurinţa de a comunica cu prietenii lor, alţii despre faptul că sunt izolaţi, fără prieteni. Enunţurile din al doilea tip apar rar în autodescrierile fetelor şi băieţilor din lotul de normali.

O diferenţă se observă la categoria **dominare**, ce atinge rang intermediar la fete şi secundar la băieţi. La **fete** apar două tipuri de enunţuri în această categorie: unele în care se referă la faptul că se simt dominate, celelalte care vorbesc despre cum se impun în faţa altora, predominând numeric primul tip de enunţuri. Exemple: „Sunt jignită şi acuzată pe nedrept uneori", „Sunt şi agresivă dacă mă deranjează ceva la oameni."

Băieţii dau în special enunţuri în care se referă la certurile dintre ei şi alte persoane, în care se simt agresaţi, dar şi agresează. Exemple: „Cine încalcă această regulă riscă să cunoască o furie şi o ură atât de puternică încât ar trebui să se mulţumească dacă nu primeşte vreo lovitură.", „Când mă cert cu mama sunt supărat toată ziua şi mă cert cu cei cu care încerc să comunic."

Categoria **altruism**, de rang secundar şi la fete şi la băieţi, conţine enunţuri ce se referă la dorinţa de a-i ajuta pe ceilalţi: „Îmi place să-mi ajut prietenii, colegii când pot, fără să cer nimic în schimb." (fată); „Ne ajutăm unul pe altul." (băiat).

Atât sub-structura **Referinţe la sexualitate**, cât şi categoriile sale: **referinţe simple** şi **atracţii şi experienţe sexuale** au rang secundar şi la fete şi la băieţi. Categoria **referinţe simple** este mai bine reprezentată ca cealaltă şi are un număr mai mare de referiri în grupul fetelor decât al băieţilor. Conţinutul acestei categorii este format din enunţuri în care apare în special dorinţa de a avea un prieten, în cazul fetelor, şi dificultatea de a-şi face o prietenă, în cazul băieţilor. Spre deosebire de adolescenţii normali, aici nu apar referiri la prietenul sau prietena pe care o au în realitate.

V. Structura **Eu/ Non-Eu** are rang intermediar, iar sub-structura sa **Referire la Alţii** rang intermediar şi sub-structura **Opiniile Altora** rang secundar, atât în grupul fetelor, cât şi al băieţilor.

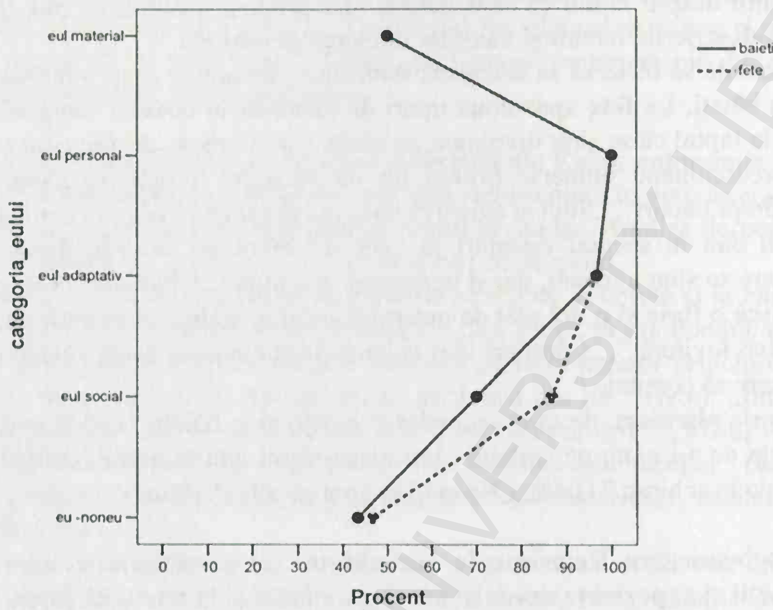
Conform analizei de conţinut, sub-structura **Referire la Alţii** este reprezentată în grupul fetelor în special de enunţuri care arată că-i privesc cu neîncredere, chiar îi resping pe cei din jurul lor. Exemple: „Nu am încredere în colegi, în părinţi, în nimeni, în afară de Atena şi Mădălina.", „Am observat că lumea e egoistă, chiar rea." Fetele normale dau enunţuri mai pozitive atunci când se referă la ceilalţi.

La băieţii din lot apar, în schimb, şi enunţuri din care reiese că sunt sprijiniţi de persoanele apropiate: „Eu mă consider o persoană norocoasă datorită părinţilor mei, care au o vârstă mai apropiată şi o situaţie materială cu care mă descurc."

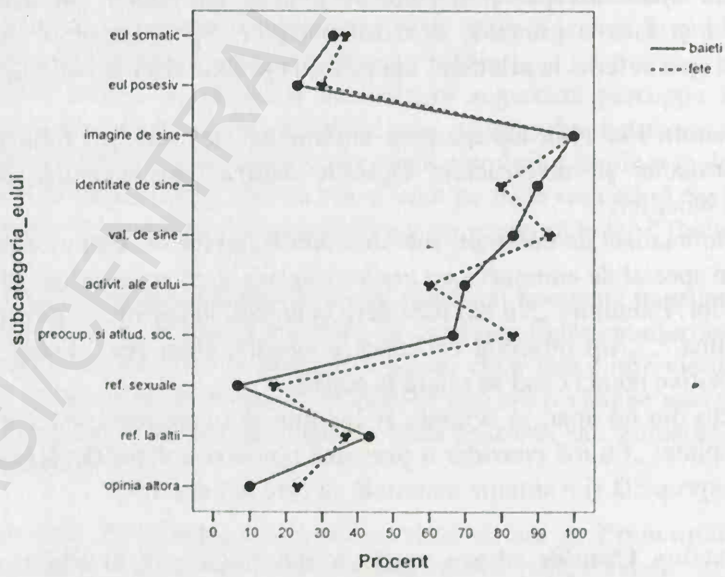
Sub-structura **Opiniile altora** arată că atât fetele, cât şi băieţii cu probleme emoţionale vorbesc în special despre criticile pe care le primesc de la alte persoane şi despre importanţa pe care o dau opiniilor din exterior despre propria persoană.

Exemple: „Colegii zic că părinții mei sunt nebuni și eu la fel." (fată); „Nu am propria personalitate și încerc să-mi formez una culegând informații din exterior, dar temându-mă că informațiile culese sunt eronate." (băiat).

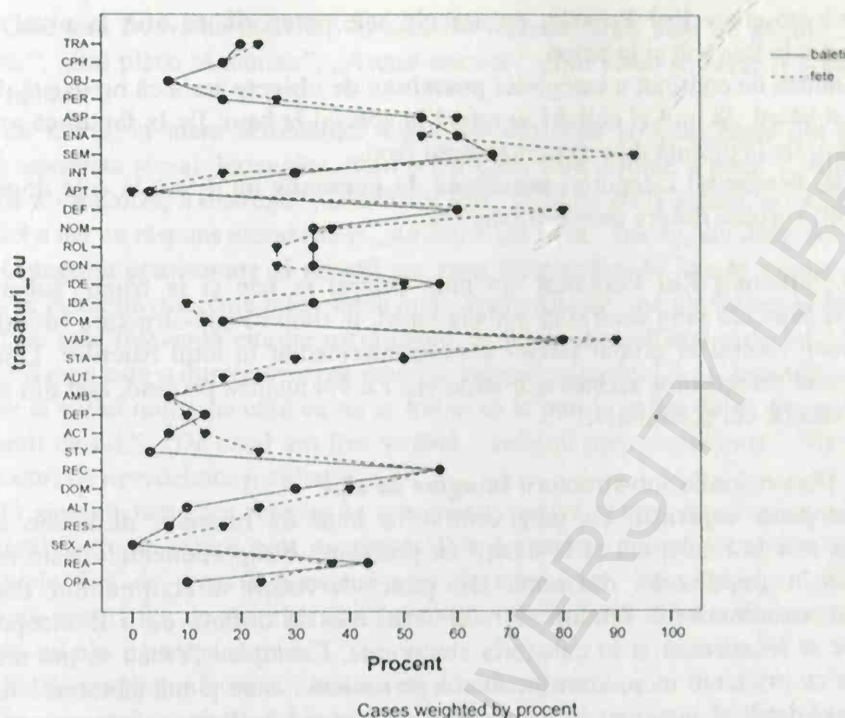
Adolescenții normali se referă și la opiniile pozitive ale altor persoane la adresa lor.



Profilele structurilor Eului la fete și băieți cu vârste între 14–18 ani, cu patologie emoțională



Profilele sub-structurilor Eului la fete și băieți cu vârste între 14–18 ani, cu patologie emoțională



Profilele categoriilor Eului la fete și băieți cu vârste între 14–18 ani, cu patologie emoțională

2.3.2.2. Adolescenții cu tulburări de comportament, externalizate

I. Structura **Eul Material** are rang intermediar atât la fete, cât și la băieți, iar substructura **Eul Somatic** rang intermediar la fete și secundar la băieți, ambele sale categorii având rang secundar și la unii și la ceilalți. Dacă la nivel cantitativ nu sunt diferențe comparativ cu lotul normalilor, din punct de vedere calitativ apar anumite specificități în modul în care se percep fetele și băieții cu tulburări de comportament.

În categoria **trăsături și aparență fizică**, analiza de conținut pune în evidență, în cazul fetelor, enunțuri descriptive, gen culoarea ochilor, a părului, statură, iar enunțurile evaluative sunt în special înspre latura negativă: „Nu-mi place corpul meu.", „Când mă uit în oglindă văd doar o grasă urâtă și chiar proastă, îmi place să cred câteodată că Doamne, ce frumoasă sunt." Băieții în schimb, alături de enunțurile descriptive, dau enunțuri care arată că se percep mai pozitiv decât fetele: „Sunt un copil bine făcut.", „Ce îmi place la mine este mai ales aspectul fizic."

Și la unii și la ceilalți apar referiri la tendința lor spre non-conformism vestimentar: „Mă îmbrac ca un rockerist." (fată); „Îmi place să port cercei, la fel și hainele pe care le port, fie ele tăiate, desenate sau rupte." (băiat).

Categoria **condiție fizică** conține enunțuri ce se referă la starea de sănătate, la fete (exemplu: „Nu pot să dorm noaptea.") și la declarații referitoare la lipsa unor dependențe la băieți (exemple: „Nu beau.", „Nu fumez").

Sub-structura **Eul Posesiv**, cu ambele sale categorii, se află la nivel de rang secundar, atât la fete, cât şi la băieţi.

Analiza de conţinut a categoriei **posesiune de obiecte** arată că nu există diferenţe între fete şi băieţi. Şi unii şi ceilalţi se referă în special la bani: fie la faptul că au sau nu prea au bani, fie la dorinţa de a avea mai mulţi bani.

Nici conţinutul categoriei **posesiune de persoane** nu diferă la cele două grupe. Adolescenţii vorbesc despre membrii familiei.

II. Structura **Eul Personal** are rang central la fete şi la băieţi, sub-structura **Imagine de Sine** are rang central în ambele loturi, în timp ce sub-structura **Identitate de Sine** are rang central în grupul fetelor şi rang intermediar în lotul băieţilor. Diferenţele apar la nivelul categoriilor acestor sub-structuri. Le voi analiza pe rând, atât din punct de vedere cantitativ, cât şi calitativ.

1. Dimensiunile sub-structurii **Imagine de sine**

Categoria **aspiraţii**, cu rang central în lotul de normali, deşi este de rang intermediar atât la fetele, cât şi la băieţii cu probleme comportamentale, este mai bine reprezentată în grupul celor din urmă. Din punct de vedere al conţinutului, enunţurile prezente în autodescrierile **fetelor** se referă mai ales la dorinţa de a fi independente, enunţuri ce se încadrează şi în categoria autonomie. Exemple: „Vreau să mă mut de la mama mea cu prietenul meu, vom închiria o garsonieră... stau şi mă gândesc... mai bine mă mut cu el decât să mai stau cu mama şi să mă sinucid.", „Sper că într-o zi voi avea o carieră a mea şi voi fi independentă.", „Îmi doresc libertatea să merg prin cluburi, să merg la Buftea cu prietenii mei, să-mi petrec nopţile cu diverşi prieteni."

Dorinţa de a avea un viitor mai bun decât este prezentul apare la mai multe fete din lot. Din ceea ce declară par să ştie care sunt paşii pe care trebuie să-i urmărească pentru a-şi atinge visul. Cel mai complet răspuns în acest sens este următorul: „Vreau să termin liceul şi să dau la facultatea de Jurnalism, apoi vreau să dau la ATF... să merg cu plăcere la serviciu şi să iasă şi bani... Vreau ca pe la 25–26 ani să mă mărit cu bărbatul vieţii mele şi să am 2 copii... Sper să mă realizez în viaţă – profesional, personal şi în societate... Sper să-mi trăiesc viaţa aşa cum vreau eu."

În lotul **băieţilor**, mulţi dau la această categorie enunţuri referitoare la rolul profesional dorit şi la dorinţa de a avea o familie. Exemple: „Visez să ajung cineva important.", „Vreau să ajung ceva în viaţă: zugrav-faianţar, meseria pe care mi-am ales-o.", „După terminarea liceului şi a facultăţii aş dori să ajung avocat şi, dacă nu se poate, măcar poliţist.", „Când o să fiu mare o să am o casă, o familie cu cineva cu care să mă înţeleg bine în viaţă." Apar şi enunţuri ce se referă la dorinţa de a face sport la un club important.

Enunţurile băieţilor par să meargă toate în direcţia: „Încerc să-mi găsesc locul în timp şi spaţiu."

La o singură fată şi la un singur băiat din lot apare dorinţa de a se schimba. „Aş vrea ca în viitor să mă schimb în bine dacă se poate." (băiat); „Vreau să mă las de droguri." (fată).

Categoria **enumerare de activităţi** apare la nivel de rang intermediar la fete şi central la băieţi. Diferenţe reies şi din analiza de conţinut a enunţurilor.

Cele mai frecvente activităţi la care fac referire fetele sunt de genul: „Încerc să mă distrez", „Îmi place să dansez", „Ascult muzică", „Îmi place să învăţ la şcoală", „Îmi place să mă joc".

La băieţi, în afara activităţilor legate de distracţie şi sport, apar des referiri la activităţi reprobate social. Exemple: „Sunt o persoană care a furat, a băut.", „Am plăcerea nebună de a vandaliza, a distruge.", „Nu învăţ bine, chiulesc de la şcoală, mint." O singură fată din lot a dat un răspuns asemănător: „Am furat din casă... fumez, iau droguri."

Categoria **sentimente şi emoţii** are rang intermediar la fete şi central la băieţi. S-au pus în evidenţă diferenţe interesante între percepţiile de sine ale fetelor şi băieţiilor.

Cea mai frecventă emoţie menţionată de **fetele** din lot este suferinţa. Exemple: „În sufletul meu este o durere care mă macină, lăcaş al suferinţei.", „Câteodată sunt o fată care pune la suflet multe pe care eu nu ar trebui să le pun la suflet deloc pentru că eu am suferit mult de tot.", „De când am fost violată... sufletul meu e sfărâmat." Mai multe se referă la stări de nervozitate şi agitaţie.

O singură fată face referire la sentimente pentru cineva din familie: „Îmi urăsc tatăl". Sentimente de iubire sunt exprimate faţă de natură, animale, copii mici, prieten. Sentimentele faţă de propria persoană sunt de respingere, nemulţumire: „Sunt foarte supărată că uneori fac de râs ziua în care m-am născut – 25 decembrie, pentru că sunt rea.", „Nu-mi place persoana mea."

Fetele resping minciuna, oamenii cu două feţe, trădarea.

În enunţurile **băieţilor** cel mai des apare verbul „a urî", uneori înlocuit de „a detesta". Exemple: „Urăsc societatea românească.", „Un puşti care-şi urăşte tatăl.", „Urăsc şcoala şi învăţatul.", „Detest să fiu minţit, să fiu considerat un copil.". Iar starea cel mai frecvent menţionată este de enervare, agitaţie: „Sunt o fire care mă enervez foarte repede."

În ceea ce priveşte sentimentele faţă de alte persoane, băieţii vorbesc despre ceea ce resping: „Nu-mi plac oamenii îngâmfaţi.", „Nu-mi place să fiu minţit.", „Nu-mi plac persoanele care mă jignesc, chiar dacă sunt mai mari decât mine." Dar se referă şi la sentimente de afecţiune, în special faţă de prieteni. Un singur băiat spune că ţine la familia lui.

Un băiat din lot se referă şi la sentimentele faţă de propria persoană: „Părerea mea faţă de mine diferă – atunci când sunt supărat mă urăsc, iar când mi se creează endorfine am o părere roză despre mine."

Nu apar exprimate emoţii pozitive. Aceşti adolescenţi par să se fi fixat doar pe registrul emoţional negativ.

Băieţii se percep mai mult prin prisma categoriei **gusturi şi interese** (rang intermediar) decât fetele (rang secundar).

Printre interesele fetelor din lot se înscriu: muzica, dansul, unele materii şcolare, telefonul mobil, sportul. Cele mai amintite interese ale băieţilor sunt: muzica (mai des apar menţionate stilurile rock şi tehno-punk), sportul, calculatorul, maşinile. Mai mulţi declară că nu le place şcoala.

Fetele nu dau enunţuri încadrate în categoria **aptitudini**. Băieţii o fac, dar în număr foarte mic. Ei se referă la aptitudinile lor sportive.

Categoria **calități și defecte** se situează la nivelul rangului intermediar, atât la fete, cât și la băieți, deși numeric predomină fetele. Sunt incluse aici trăsături de personalitate și de caracter. La fete, cel mai adesea apar următoarele: încăpățânată, orgolioasă, sensibilă, prietenoasă, sociabilă, timidă, responsabilă. Apar și calități ca: nonconformistă, ciudată, sălbatică. Cei mai mulți băieți se percep astfel: simpatic, sufletist, harnic.

Am observat tendința pe care o au fetele, și mai ales băieții, de a vorbi în special de calitățile lor decât de defecte, chiar de a se supraaprecia. Această tendință se poate datora fie unei reduse autocunoașteri, fie unui spirit de bravadă.

2. Dimensiunile sub-structurii **Identitate de Sine**

Dacă la normali categoria **denumiri simple** nu depășește valoarea secundară, în lotul celor cu tulburări de comportament are rang intermediar atât la fete, cât și la băieți. Ei se referă la vârstă, nume, data nașterii.

Categoria **roluri și statute** are rang intermediar la fete și rang secundar la băieți. Analiza de conținut nu pune în evidență diferențe între enunțurile lor. Ei se referă la apartenența la clasa școlară, la rolul profesional dorit. Și unii și alții se percep mai puțin adolescenți, cât copii. Exemple: „Sunt un copil alintat.", „Sunt un copil-adolescent ce a descoperit și a experimentat anumite părți ale vieții." (fete); „Sunt un copil." (băiat). Spre deosebire de normali, aceștia parcă nu-și doresc să crească.

Categoria **consistență** are rang intermediar la fete și rang secundar la băieți. Și la unii și la ceilalți enunțurile acestei categorii se referă în special la senzația de inconsistență interioară și chiar conflictualitate. Exemple: „La școală și în alte părți mă simt altfel, vorbesc altfel, parcă aș avea o mască, iar acasă nu mai sunt la fel.", „Sunt o persoană cu două fețe: una este timidă, responsabilă, cu capul pe umeri... cealaltă este o fire sălbatică, ce-și apără interesele cu orice preț." (fete); „Sunt pe jumătate negativ și pe jumătate pozitiv, dar cu influență mai mare partea negativă. Partea pozitivă este atunci când învăț, nu chiulesc, și câteodată mai ascult de părinți." (băiat).

Unii declară că nu se cunosc, alții că se cunosc.

Categoria **ideologie** are rang secundar la fete și rang intermediar la băieți, dar este o diferență foarte mică cantitativ vorbind între ei. În general, adolescenții cu tulburări de comportament acordă puțină importanță acestei categorii în autodescrierile lor, spre deosebire de cei normali. Sunt incluse aici opinii personale, destul de simplu exprimate. Exemple: „Consider că nu e nevoie să-mi spui de mai multe ori un lucru pentru că pot să-l înțeleg de prima oară, dar prefer să nu arăt lucrul acesta.", „Eu nu sunt de părere că copilul trebuie bătut, pentru că dacă el nu vrea, nu face cum i se spune, ci ca el." (fete); „În procent de 60% școala mi se pare o pierdere de timp.", „Nu prea cred în noroc sau în destin." (băieți).

Categoria **identitate abstractă**, cu rang secundar și la fete și la băieți, conține și la unii și la ceilați etichete impersonale: „Sunt un om ca orice om de pe planetă." (fată); „Sunt un visător înrăit" (băiat.). În cazul fetelor apar și referiri la semnul zodiacal.

III. Structura **Eul Adaptativ**, împreună cu sub-structura **Valoare de Sine** au rang central şi la fete şi la băieţi. Cea mai importantă categorie este **valoare personală**, rang central, în timp ce categoria **competenţă** are rang secundar şi la fete şi la băieţi.

Conţinutul categoriei **competenţă** se referă mai ales la lipsa performanţelor şcolare. Exemple: „Deşi acasă învăţam, la şcoală când mă asculta, brusc nu mai ştiam nimic, nu mă mai puteam concentra." (fată); „La şcoală nu învăţ prea bine, dar oricum mă descurc." (băiat).

Categoria **valoare personală** este de rang central, şi la fete şi la băieţi. Analiza de conţinut a enunţurilor înscrise în această categorie în cazul fetelor pune în evidenţă următoarele aspecte: majoritatea dintre ele fac judecăţi negative asupra unor trăsături de personalitate sau comportamente. Exemple: „Sunt o fată foarte dificilă şi greu de înţeles... foarte diferită.", „Sunt puţin nebună.", „Câteodată vorbeşte gura fără mine.", „Consider că am ceva minte, dar nu sunt destul de matură ca să pot lua singură o decizie legată de viaţa mea.", „Am avut foarte mari probleme la şcoală."

Mai multe se descriu ca: „Foarte încăpăţânată.", „Un pic timidă.". Unele îşi văd şi calităţi: „Sunt foarte glumeaţă.", „Sunt foarte săritoare, sufletistă.", „Dacă fac un mic efort sunt foarte, foarte veselă, uneori mă comport bine cu părinţii mei, mai ales cu mama mea... şi sunt liniştită uneori."

În cazul băieţilor, din analiza de conţinut reiese că cei mai mulţi tind să-şi evalueze trăsăturile de personalitate sau comportamentele tot spre negativ. Exemple: „Sunt un copil mai năzdrăvan, care nu prea învaţă.", „Nu prea ascult, nu sunt prea cuminte.", „Nu reuşesc să fac ceea ce-mi propun pentru că sunt prea credul.", „Când îmi place un obiect anume aş face orice ca să-l am. Din această cauză am apelat şi la furt de câteva ori... Dar lucrul folosit foarte des de mine este minciuna. O folosesc mai tot timpul şi vreau să încerc să uit de ea, dar nu pot.", „Câteodată mai lipsesc de la ore.", „Nu-mi recunosc greşelile niciodată.", „Sunt un om foarte leneş."

Unii se evaluează pozitiv: „De obicei sunt un om foarte bun cu cei ce nu fac parte din familie.", „Am un simţ al umorului dezvoltat.", „Sunt foarte sincer... îmi revărs sentimentele... sunt foarte sensibil... Sunt foarte vorbăreţ, dar şi foarte retras."

Se poate concluziona că atât fetele, cât şi băieţii cu tulburări de comportament îşi percep în special partea de Umbră a personalităţii lor.

Sub-structura **Activităţi ale Eului** se află la rang intermediar atât la fete, cât şi la băieţi. Dintre categoriile sale subiacente, cel mai bine reprezentată, la nivel cantitativ, este categoria **strategii de adaptare**, situată la rang intermediar, restul având o importanţă corespunzătoare rangului secundar.

Specific acestor adolescenţi este că în categoria **strategii de adaptare** sunt incluse enunţuri care arată tendinţa lor de a se opune regulilor. Exemple: „Sunt conştientă de faptul că ar trebui să învăţ, dar pur şi simplu nu îmi place şi refuz.", „Nu-mi place să ascult pe nimeni. Vreau să fac doar ce mă taie pe mine capul." (fete); „La şcoală, dacă aş asculta de profesori şi de mama ar fi bine. Dar eu nu vreau să înţeleg chestia asta.", „Încă nu realizez că trebuie să muncesc şi eu pentru unele lucruri şi nu doar să le primesc de-a gata." (băieţi).

Alt aspect este maniera prin care fac faţă realităţii. Cea mai utilizată este fuga: în visare sau de acasă. Exemple: „Sunt o fire visătoare, dar visez cu frica trezirii în realitatea dură în care mă aflu.", „Datorită conflictelor cu familia am fugit de acasă." (fete); „Ar fi trebuit să vină tata la şcoală să vadă cum merg şi de frică că o să mă bată la şcoală de faţă cu colegii şi profu' am fugit de acasă." (băiat).

Totuşi, sunt şi în grupul fetelor şi al băieţilor persoane care se referă la strategii adaptative active, deşi mult mai puţine decât în lotul normalilor. Exemple: „Consider că sunt o persoană care pot să mă descurc în situaţii grele, pot să fac multe." (fată); „Nu-mi place şcoala... dar trebuie să o termin să fac ce vreau eu." (băiat).

Şi unii şi ceilalţi se referă la nevoia de a fi iubiţi, respectaţi, înţeleşi de alte persoane.

La categoria **autonomie** se referă puţini adolescenţi. Din analiza de conţinut reiese că îşi doresc să fie independenţi, atât material, cât şi în deciziile pe care le iau. Enunţuri ilustrative: „Vreau să merg la un serviciu care să-mi placă şi să-mi iasă şi bani, cu care să fiu independentă, să nu mai depind de părinţii mei sau de prietenul care va fi viitorul meu soţ.", „Prefer să-mi conduc viaţa singură. Nu-mi place când îmi spun părinţii categoric ce să fac." (fete); „Lucrez ca D.J. Îmi câştig singur banii.", „Sunt un tip căruia îi place să facă tot ce-l taie capul... Adică iau nişte decizii de moment, fără să mă gândesc prea mult dacă e bine sau nu, iar după aceea suport consecinţele." (băieţi).

La categoria **ambivalenţă** nu face referire niciun adolescent din lot.

Categoria **dependenţă** este ceva mai bine reprezentată numeric în lotul băieţilor decât în cel al fetelor. Când se referă la această categorie, şi unii şi alţii se percep ca fiind uşor de influenţat de anturaj, iar băieţii se descurajează uşor în faţa unui obstacol. Exemple: „Din păcate eu am făcut tot ce mi-a spus lumea sau toţi din jurul meu." (fată); „Sunt foarte uşor influenţabil din cauză că-mi place anturajul.", „Când nu reuşesc să îndeplinesc ceva anume eu le las aşa, să le facă cine o vrea." (băieţi).

La categoria **actualizare** nu face referire nicio fată din lot, iar dintre băieţii un număr foarte mic. Cel mai reprezentativ enunţ este acesta: „Am început să vin cu capul pe umeri şi să-mi iau vârsta cu folos în seamă."

Categoria **stil de viaţă** este mai bine reprezentată în lotul fetelor. Analiza de conţinut scoate în evidenţă o diferenţă între enunţurile fetelor şi ale băieţilor. Fetele tind să se refere în special la momente din trecutul lor, ca şi cele cu probleme emoţionale. Exemple: „De când am fost violată viaţa mea s-a schimbat în rău.", „Am descoperit şi am experimentat anumite părţi dure ale vieţii.", „De când m-am născut am fost înconjurată de multă căldură, dragoste, atenţie, sentimente care au contribuit din plin la formarea personalităţii mele."

Adolescenţii cu tulburări de comportament par să fi rămas fixaţi în trecutul lor nefericit, ceea ce îi poate împiedica să evolueze.

IV. Structura conceptului de sine **Eul Social**, împreună cu sub-structura sa **Preocupări şi Atitudini Sociale** au rang central şi la fete şi la băieţi, în timp ce sub-structura **Referinţe la Sexualitate** se află doar la nivel de rang secundar.

Categoria **receptivitate** are rang intermediar şi pentru fetele şi pentru băieţii din lot. În enunţurile acestei categorii şi unii şi ceilalţi vorbesc în special de faptul că le place să aibă mulţi prieteni, să se distreze, să vorbească cu ei. Relaţiile bune cu prietenii sunt mult mai importante pentru ei decât relaţiile cu familia. „Cu prietenii sunt mult mai deschisă decât cu familia." (fată). Doi băieţi din lot amintesc despre relaţia pozitivă cu mama: „Mă înţeleg cel mai bine cu mama."

Spre deosebire de adolescenţii cu tulburări emoţionale, aici nu apare ideea dificultăţii de a-şi face prieteni.

Cea mai reprezentativă pentru aceşti adolescenţi este categoria **dominare**, care are rang central în grupul băieţilor şi rang intermediar în cel al fetelor. Din analiza de conţinut a enunţurilor reiese că fetele percep agresiune, atât fizică, cât şi verbală, din exterior şi aproximativ în aceeaşi măsură se percep impunându-se în faţa altor persoane, chiar prin agresivitate. Exemple: „Nu suport ca cineva să-mi reproşeze pentru ceea ce am făcut sau pentru ceea ce sunt... dacă cineva a călcat rău pe bec şi l-a spart, atunci mă schimb imediat şi devin foarte arţăgoasă şi mă cert cu toată lumea.", „Sunt răutăcioasă, strictă cu cei din jurul meu.", „Sunt persoane care mă urăsc şi mă invidiază foarte mult."

În autodescrierile băieţilor din lot predomină, în schimb, enunţurile în care ei se descriu ca agresând alte persoane, mai ales fizic. Unii folosesc un limbaj dur. Exemple: „Când mă apucă nebunia distrug tot... Când n-am ce face mă iau de altul... Pe unul l-am băgat în spital.", „Sar la scandal foarte uşor... I-aş călca pe cap pe oamenii înţepaţi, puşi pe scandal din orice.", „Îmi place să mă cert cu cineva şi să mă bat."

Apare şi tendinţa ca, atunci când se simt jigniţi, atacaţi, să riposteze agresiv. Exemple: „Nu îmi place dacă mă înjură cineva. Eu sar la bătaie.", „Sunt momente când mă bate cineva la cap şi-mi vin nervii pe el."

Şi fetele şi băieţii fac referire la certurile cu părinţii şi la faptul că sunt sau au fost agresaţi de aceştia. Exemple: „Mai tot timpul mama mă ceartă şi-mi reproşează de fiecare dată câte ceva.", „Tatăl meu, de câte ori venea la mine, mă bătea în loc să vorbească cu mine sau să-mi dea un sfat." (fete); „Tata m-a bătut când am plecat de acasă." (băiat).

Categoria **altruism** apare cu rang intermediar la fete şi secundar la băieţi. Şi la unii şi la ceilalţi enunţurile se referă la ajutorul pe care îl dau sau îşi doresc să-l acorde altor persoane. În grupul fetelor, cel mai frecvent enunţ este: „Îmi place să ajut pe cineva când are nevoie.", iar în grupul băieţilor: „Îmi place să ajut pe cineva care are necazuri."

Sub-structura **Referinţe la sexualitate**, împreună cu categoriile sale **referinţe simple** şi **atracţii şi experienţe sexuale** se află la nivelul rangului secundar şi la fete şi la băieţi. Conţinutul enunţurilor incluse în aceaste categorii se referă la faptul că au prieten, respectiv prietenă, la atracţia faţă de persoanele de sex opus. Mai mulţi băieţi se percep ca atrăgători pentru fete: „Am destul de mare succes la fete."

V. Structura **Eu/ Non-Eu**, împreună cu sub-structura sa **Referinţe la Alţii** au rang intermediar la fete, ca şi la băieţi, iar sub-structura **Opiniile Altora** rang secundar.

Conţinutul enunţurilor fetelor incluse în sub-structura **Referire la Alţii** ilustrează mai ales faptul că părinţii nu le înţeleg, le pun restricţii. Cel mai sugestiv enunţ este următorul: „Sunt de părere că părinţii se stresează absolut degeaba atâta pentru mine, pentru că este normal să pun probleme de genul acesta la vârsta mea."

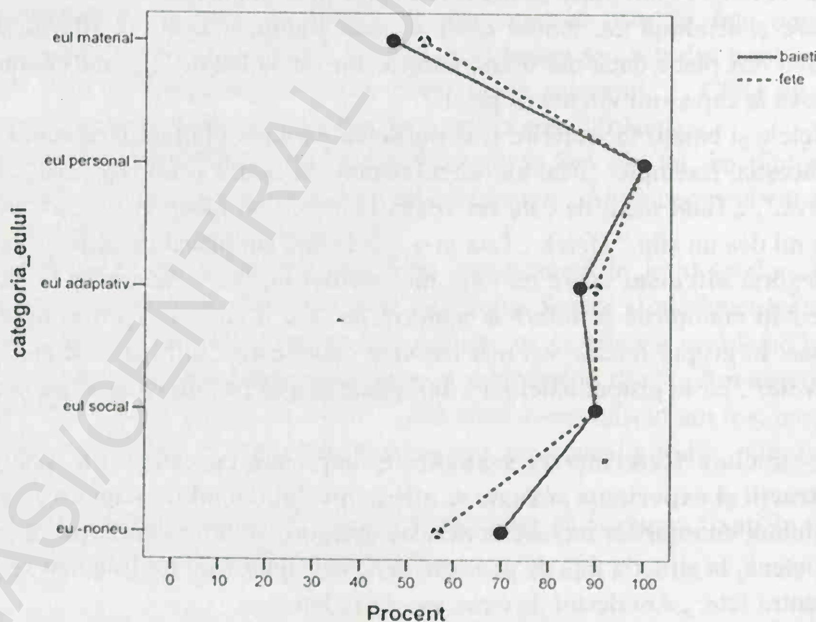
Mai apare şi ideea că nu sunt apreciate şi înţelese de nimeni. Exemple: „Uneori am impresia că nimeni nu mă înţelege şi nu mă vede aşa cum sunt eu.", „De cele mai multe ori îi dezamăgesc pe cei din jurul meu sau nu mă ridic la aşteptările lor."

Aceeaşi impresie că nu sunt înţeleşi, sprijiniţi de către părinţi apare şi în enunţurile mai multor băieţi din lot. Exemple: „Mama are un stil de a comenta tot ceea ce fac, astfel încât îmi piere tot cheful.", „Îmi urăsc tatăl, pentru că e singura persoană care nu se interesează de mine.", „Sunt o persoană neînţeleasă de cei din jur." Mai apar şi referiri la prieteni: „Tovarăşii mei nu sunt materialişti sau chitroşi la bani sau la ţigări."

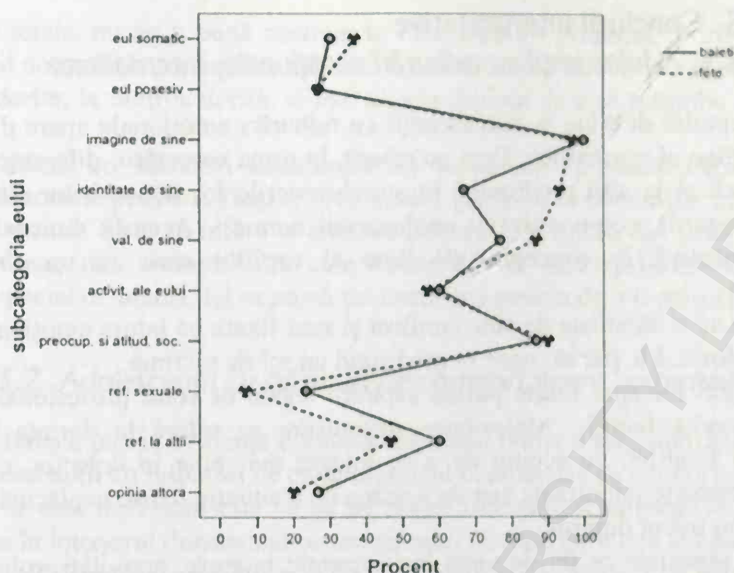
Conţinutul enunţurilor din sub-structura **Opiniile Altora** este foarte asemănător la fete şi la băieţi. Ei se referă în special la două aspecte: unii declară că nu le pasă de opinia celorlalţi, alţii percep că cei din jurul lor le văd o serie de defecte.

Exemple de enunţuri: „Multă lume mă consideră nesuferită, dar eu nu sunt şi oricum nu iau în seamă ce spun alţii.", „Pe mine nu mă interesează cum mă descrie lumea pe mine." (fete); „De obicei prea puţin îmi place părerea altora şi din această cauză nici nu-mi pasă.", „Nu-mi place să am un anturaj prost şi să mă râdă toată lumea." (băieţi).

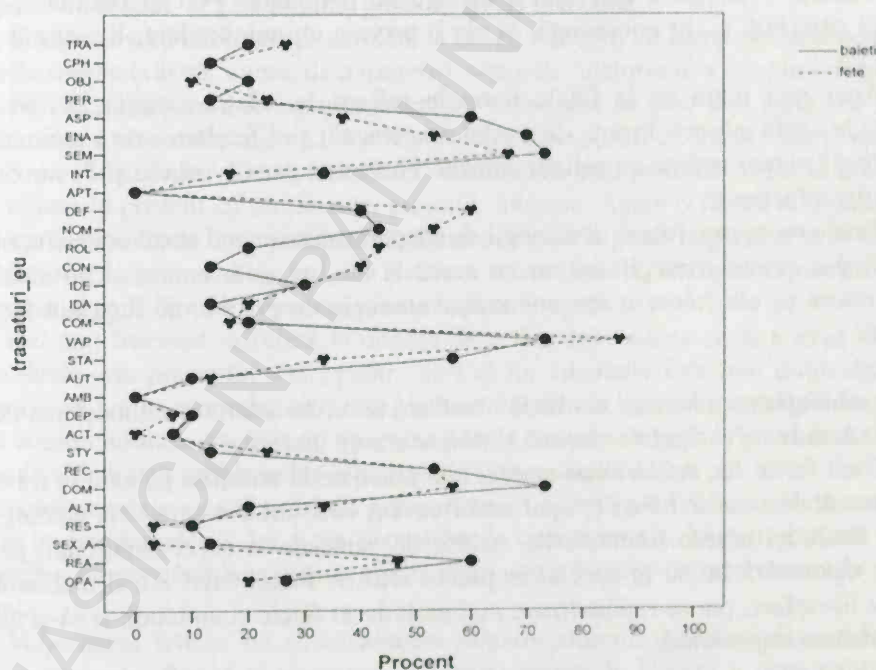
Spre deosebire de normali, aceşti adolescenţi nu se referă la percepţiile pozitive ale altora cu privire la propria persoană. Şi ei, la rândul lor, îi privesc pe ceilalţi cu neîncredere, suspiciozitate.



Profilele structurilor Eului la fete şi băieţi cu vârste între 14–18 ani cu tulburări de comportament



Profilele sub-structurilor Eului la fete şi băieţi cu vârste între 14–18 ani cu tulburări de comportament



Profilele categoriilor Eului la fete şi băieţi cu vârste între 14–18 ani cu patologie de comportament

2.3.3. Concluzii interpretative

2.3.3.1. Adolescenţii cu tulburări emoţionale, internalizate

Conceptului de Sine la adolescenţii cu tulburări emoţionale apare diferit faţă de conceptul de Sine al normalilor. Deşi au reieşit, în urma cercetării, diferenţe între fete şi băieţi, şi la unii şi la alţii predomină în autodescrierile lor denumirilor simple (vârstă, nume, data naşterii), comparativ cu adolescenţii normali. Această dimensiune este de obicei semnificativă în conceptul de Sine al copiilor care au un slab nivel de autocunoaştere.

Fetele au o identitate de sine confuză şi sunt fixate pe latura emoţională, care are un registru disforic. Ele par să joace în mod rigid un rol de victimă.

În grupul lor apar foarte puţine aspiraţii legate de rolul profesional sau dorinţe legate de viitoarea familie. Majoritatea enunţurilor se referă la dorinţa lor de a se schimba, de a fi altfel, cu scopul de a se integra mai bine în colectiv, chiar de a fi apreciate ca persoane importante sau de a scăpa de o situaţie foarte neplăcută. Sunt fixate mai mult într-un trecut dureros.

Toate aspectele ce ţin de viaţa lor prezentă: interese, activităţi, roluri sunt mult mai puţin exprimate comparativ cu fetele normale. De asemenea, se referă puţin la opiniile personale.

Distorsiunile la nivelul percepţiei de sine sunt determinate de slaba diferenţiere faţă de ceilalţi, înţelegând aici mai ales figurile parentale. Percep ostilitate, critică din partea celorlalţi şi, în consecinţă, şi ele îi privesc cu neîncredere, îi resping pe cei din jurul lor.

Apar mai puţin ca la fetele normale referiri la relaţii sociale pozitive. Sunt exprimate în egală măsură dorinţa de a avea prieteni, cât şi dificultatea de a comunica, de a stabili legături mai strânse cu ceilalţi oameni. Pe de altă parte, vorbesc şi de nevoia de a primi sprijin, afecţiune.

Fetele nu se raportează la strategii de adaptare atunci când se autodescriu, nu simt că le definesc aceste strategii sau nu au acces la ele, nu şi le cunosc. Din analiza de conţinut reiese că ele folosesc aproape numai strategia de evitare, de fugă din faţa unei probleme.

La **băieţi** apare aceeaşi confuzie identitară şi inconsistenţa în cunoaşterea de sine. Şi ei se fixează în rolul rigid de victimă şi trăiesc emoţii disforice.

Dacă fetele fac referiri mai ample, mai nuanţate la emoţiile pe care le trăiesc, în schimb în autodescrierile băieţilor apar mai frecvent enunţuri din categoria ideologie. Ar părea că fetele îşi trăiesc frământările, neliniştile, temerile la nivel emoţional, pe când băieţii se raportează la ele în special în planul ideativ, imaginativ. Au o înclinaţie mai mare spre filosofare, par să raţionalizeze mai mult decât fetele şi au tendinţa să-şi atribuie diferite etichete impersonale.

Apare o fixare mai mică pe trecut comparativ cu fetele şi sunt conştienţi că au strategii adaptative, deşi sunt mai mult pasivi decât activi când se confruntă cu o problemă.

Ca şi fetele, nu au o bună centrare în realitatea lor prezentă. Vorbesc mult mai puţin ca băieţii normali de aspiraţiile, interesele şi rolurile lor. Nici ei nu se referă la roluri profesionale dorite, la familia dorită, ci mai ales la dorinţa de a se schimba şi de a scăpa de probleme.

Nici băieţii cu tulburări emoţionale nu se percep ca având capacitatea de a dezvolta relaţii sociale pozitive. Deşi ar vrea să aibă prieteni, să comunice, consideră că le este dificil să o facă. Şi ei se referă la criticile pe care le primesc din exterior, dar, spre deosebire de fete, dau enunţuri din care reiese că se simt sprijiniţi de persoanele apropiate, în special de mamă. Îşi exprimă de asemenea nevoia de a fi sprijiniţi, iubiţi.

2.3.3.2. Adolescenţii cu tulburări de comportament, externalizate

Cercetarea a pus în evidenţă diferenţe între mai multe dimensiuni ale conceptului de Sine la adolescenţii cu tulburări de comportament comparativ cu cei normali.

Ceea ce este interesant este că nu au reieşit diferenţe semnificative din punct de vedere statistic în interiorul dimensiunilor conceptului de Sine între fete şi băieţi. Nu numai că Eul lor nu s-a diferenţiat (individuat, în termeni jungieni) de imagourile parentale, dar nu s-a diferenţiat nici în ceea ce priveşte rolul sexual. Nu sunt polarizaţi sexual la nivelul conceptului de Sine. Aceşti adolescenţi par să fie la un stadiu mai primitiv de dezvoltare a Eului comparativ cu adolescenţii cu tulburări emoţionale. Aceasta ar putea fi o posibilă explicaţie de ce ei sunt, în general, mai puţin receptivi la terapie.

Comparativ cu adolescenţii normali, la cei cu tulburări de comportament predomină denumirile simple (vârstă, nume, data naşterii), semn de imaturitate a imaginii de sine.

Fetele cu tulburari de comportament au o imagine de sine şi o identitate de sine mai putin diferenţiate comparativ cu fetele normale, trăiesc stări de inconsistenţă interioară şi chiar de conflictualitate. Ele se raportează semnificativ mai puţin decât fetele normale la ceea ce trăiesc în prezent ca sentimente, aspiraţii, interese. Apare o fixare în momente din trecutul lor, ca şi la fetele cu probleme emoţionale, ceea ce le poate împiedica să evolueze.

Emoţia de care vorbesc cel mai frecvent este suferinţa. Nu apar exprimate emoţii pozitive, par să se fi fixat doar pe registrul emoţional negativ.

Cel mai frecvent se referă la dorinţa de a fi independente şi de a avea un viitor mai bun decât este prezentul. Dar, pentru că Eul lor adaptativ este mai puţin dezvoltat, comparativ cu fetele normale, se poate deduce că nu au acces la strategii adaptative. Specific acestor adolescente este că au tendinţa de a se opune regulilor şi cea mai utilizată strategie de a face faţă problemelor este fuga: în visare sau de acasă.

Adolescentele cu tulburări de comportament acordă puţină importanţă categoriei ideologie în autodescrierile lor, spre deosebire de cele normale. Nu au activată resursa intelectuală şi atunci când îşi exprimă opinii personale o fac într-un mod destul de simplu, nenuanţat.

Majoritatea fetelor îşi autoevaluează negativ anumite trăsături de personalitate sau comportamente. Par să-şi perceapă în special partea de Umbră a personalităţii lor. Chiar dacă uneori par să se supraaprecieze, o fac dintr-un spirit de bravadă.

În relaţiile sociale predomină relaţiile bazate pe dominare, agresivitate, în detrimentul celor pozitive. Ele par să-şi fi dezvoltat un rol social masculin. Spre

deosebire de adolescentele cu tulburări emoţionale, aici nu apare ideea dificultăţii de a-şi face prieteni.

Relaţiile bune cu prietenii sunt mult mai importante pentru aceste adolescente decât relaţiile cu familia. Ele se referă în autodescrierile lor la faptul că părinţii nu le înţeleg, le pun restricţii. Apare multă agresivitate în relaţiile familiale. Nu se simt apreciate şi înţelese de nimeni. Cei din jur le văd mai ales defectele. În consecinţă, şi ele adoptă fie o atitudine de ignorare a celorlalţi, fie îi privesc cu suspiciozitate şi neîncredere.

Tabloul conceptului de Sine descris mai sus pentru fete este valabil şi pentru **băieţii** cu tulburări de comportament. Totuşi, ei par să joace un rol de persecutor mai rigid fixat la nivelul Eului comparativ cu fetele.

La aceşti adolescenţi categoria dominare este semnificativ mai importantă comparativ cu toate loturile de adolescenţi studiaţi. Ei se percep ca agresând alte persoane, mai ales fizic, folosind uneori un limbaj dur.

În ceea ce priveşte sentimentele faţă de alte persoane, băieţii vorbesc despre ceea ce resping. Cel mai des apare în enunţurile lor verbul „a urî", uneori înlocuit de „a detesta". Percep multă ostilitate în jurul lor şi percepţia de sine pare să depindă de aceasta. Ei se referă semnificativ mai frecvent la alţii comparativ cu normalii, dar în acest registru negativ.

La băieţi polul negativ al personalităţii pare să fie şi mai exacerbat comparativ cu fetele ce au acelaşi tip de tulburări.

De altfel, cercetarea a pus în evidenţă mai multe diferenţe între dimensiunile conceptului de Sine al băieţilor cu tulburări de comportament comparativ cu cei cu tulburări emoţionale, decât în cazul fetelor. Consider că această asemănare între dimensiunile conceptului de Sine al fetelor cu tulburări emoţionale şi al celor cu tulburări de comportament este o posibilă explicaţie pentru faptul că fetele cu tulburări de comportament sunt mult mai receptive la terapie decât băieţii. Ele par să aibă o tulburare emoţională mascată în spatele manifestărilor comportamentale.

3. PARTEA A TREIA A CERCETĂRII
Modul experienţial centrat pe dezvoltarea conceptului de Sine la adolescenţii cu tulburări psihice

3.1. *Obiectivul şi ipoteza cercetării*

Această etapă a lucrării a avut un **obiectiv practic** şi anume construirea, aplicarea şi validarea unui modul de optimizare şi stimulare a conceptului de Sine la adolescenţi, bazat pe principiile teoretice şi metodologia Psihoterapiei Experienţiale a Unificării. Importanţa pe care o acordă adolescenţii grupului de egali m-a făcut să cred că un demers de optimizare şi dezvoltare al conceptului de Sine ar câştiga în eficienţă dacă s-ar desfăşura în cadrul grupului şi nu individual. Din acest motiv am ales varianta psihoterapiei de grup.

Plec de la **ipoteza** că participarea adolescenţilor la un astfel de modul de optimizare şi dezvoltare personală centrat pe îmbunătăţirea simţului şi conceptului de Sine va conduce la realizarea unor contacte mai funcţionale cu ei înşişi şi cu mediul şi, în consecinţă, la diminuarea sau chiar dispariţia simptomelor patologice.

3.2. *Lotul de subiecţi*

Au fost selectaţi pentru grupurile terapeutice 20 de adolescenţi, jumătate fete şi jumătate băieţi, recomandaţi de către neuropsihiatrii cu care am colaborat la Cabinetul de neuropsihiatrie a copilului şi adolescentului din Policlinica „Maşina de Pâine" şi la Centrul ambulator pentru adolescenţi din cadrul Spitalului de psihiatrie Titan „C. Gorgos" din Bucureşti. Jumătate dintre ei fuseseră diagnosticaţi în urma interviului clinic cu diferite tulburări emoţionale (anxietate socială, ce uneori lua forma retragerii sociale, anxietate faţă de eşecul şcolar, stări depresive) şi jumătate cu tulburări de comportament (comportament opoziţionist şi provocator în relaţie cu autoritatea, indisciplină şcolară, dezinteres şcolar, chiul, heteroagresivitate). Atât adolescenţii, cât şi părinţii lor şi-au dat acordul de a participa la acest program terapeutic.

Vârstele subiecţilor sunt cuprinse între 14½ şi 18 ani, elevi în clasele IX–XII, toţi având intelect normal. Ţinând cont de principiile dinamicii de grup, am repartizat în fiecare grup câte zece adolescenţi, jumătate fete şi jumătate băieţi, jumătate cu probleme emoţionale şi jumătate cu probleme de comportament. Am avut 18 întâlniri bilunare pe parcursul a nouă luni, fiecare întâlnire de grup durând patru ore.

La începutul modulului terapeutic s-a realizat psihodiagnoza fiecarui participant la grup. Am folosit mai multe instrumente de evaluare pentru o mai bună precizare a diagnosticului şi pentru a pune în evidenţă mai multe aspecte ale conceptului de Sine şi stimei de sine a adolescenţilor, ce pot suferi modificări în urma participării la modulul terapeutic. Acestea au fost:

- **Interviul cu adolescentul şi părinţii** sau părintele, după caz. S-a avut în vedere obţinerea de informaţii privind istoricul de viaţă al adolescentului, situaţia şi relaţiile familiale, istoricul tulburării şi impactul problemelor prezente, emoţionale sau de comportament, asupra vieţii private şi şcolare a adolescentului, precum şi a vieţii de familie.
- **Chestionarul G.P.S.**, pentru a surprinde profilele dezvoltării conceptului de Sine.
- **Testul Desenul Persoanei**, cu care am urmărit determinarea gradului valorizării şi devalorizării imaginii de sine. Pentru a cuantifica caracteristicile surprinse în desen am determinat, conform catalogului interpretativ a lui W. Urban (1967), următorii indicatori ai devalorizării imaginii de sine: desenarea unui personaj de sex opus adolescentului; desenarea unui personaj cu vârsta mult diferită de a sa; desen foarte mic; linii lipsite de fermitate (întrerupte, schiţate, tremurate); părţi ale corpului lipsă, diforme, foarte slabe sau mici; lipsa expresivităţii personajului (lipsa expresiei feţei, blocaj corporal, lipsa îmbrăcăminţii). Fiecărui indicator prezent i-am dat 1 punct. Am acordat:

  Nota 2, corespunzătoare unei devalorizări accentuate, când au apărut între 5 şi 7 puncte.

  Nota 1, corespunzătoare unei devalorizări moderate, când au apărut între 2 şi 4 puncte.

  Nota 0, corespunzătoare unei devalorizări minimale, când au apărut între 0 şi 1 punct.
- **Testul Rorschach**, pentru a surprinde o serie de caracteristici de personalitate ale adolescenţilor. Această probă a fost aplicată şi scorată conform regulilor elaborate de J. Exner pentru Sistemul Comprehensiv (1993, 2000). Pentru prezenta cercetare m-am axat pe următoarele aspecte:

1. Capacitatea de control şi toleranţă la stres şi resursele psihologice ale subiecţilor. Am calculat scorul capacitatea totală de control la stres, D.

2. Aspecte ale imaginii de sine care arată cât de clară sau de distorsionată este imaginea de sine, H: (H)+Hd+(Hd), care este nivelul stimei de sine Ego Index, dacă persoana se autocritică excesiv – scorul V.

3. Aspecte ce ţin de relaţiile interpersonale, realismul perceperii oamenilor, H: (H)+Hd+(Hd)/2, gradul de adaptare şi eficienţă în relaţiile interpersonale – raportul GHR:PHR.

La finalul modulului adolescenţii au fost reevaluaţi cu aceleaşi instrumente. De asemenea, atât adolescenţii, cât şi părinţii lor au fost chestionaţi asupra câştigurilor obţinute în urma participării la grup. Medicii neuropsihiatrii i-au reevaluat din punct de vedere clinic.

3.3. Metodologia modulului terapeutic

3.3.1. Modulul terapeutic are la bază teoria şi metodologia **Psihoterapiei Experienţiale a Unificării (P.E.U.)** aşa cum se practică în Şcoala de Psihoterapie Experienţială Română, sub coordonarea şi supervizarea **prof. univ. dr. Iolanda Mitrofan.**

Metoda P.E.U. este o strategie de facilitare, deblocare, vindecare şi dezvoltare a conştiinţei de sine, de alţii şi de mediu şi presupune un proces structural şi creativ de transformare (restructurare) a Eului prin reintegrarea Sinelui. Cum P.E.U. este o terapie holistă, interesată de funcţionarea sănătoasă a întregului organism – simţuri, corp, emoţii, intelect, mi se pare cea mai potrivită abordare, din prisma căreia se poate concepe şi dezvolta un model de dezvoltare şi optimizare a conceptului de Sine. Şi tocmai pentru că are un caracter holistic, acest gen de intervenţie terapeutică nu se poate adresa unei singure dimensiuni a conceptului de Sine. Activând o anumită dimensiune, se activează întregul concept de Sine.

Consider că cel mai bine poate vorbi despre **concepţia, cadrul metodologic şi procesul terapeutic în P.E.U.** chiar autoarea, de aceea citez din operele sale:

„Psihoterapia experienţială, prin accesul la natura transformărilor de sine şi a relaţiilor interumane, se constituie în concepţia şi maniera noastră de a lucra într-o paradigmă a restructurării, autoprogramării şi dezvoltării persoanei, fiind o cale de redobândire, păstrare şi optimizare a sănătăţii somato-psihosociale, de prevenire a alienării.

În măsura în care persoana descoperă, experimentând în cadrul procesului terapeutic, posibilitatea de a se autoaccepta, ea învaţă cum să îşi unifice polarităţile, să îşi resemnifice şi integreze acele „părţi" negate, respinse sau devalorizate, printr-o extinsă autoconştientizare şi o mai matură înţelegere de sine şi de alţii." (I. Mitrofan, 2000, p. 285).

În P.E.U. „Concepţia şi modalitatea de abordare terapeutică sunt holistice. De aceea, instrumentele şi tehnicile psihoterapeutice sunt mai curând „vehicule", exerciţii, situaţii şi scenarii simbolice provocative, de o mare diversitate şi creativitate, în întâmpinarea nevoilor complexe şi unicităţii fiecărei persoane, de la cele centrate pe comunicare simbolică de tip corporal, la cele axate pe comunicare verbală (prin joc de rol), de la improvizaţie meloritmică şi sonoră în grup (vocală sau instrumentală), la improvizaţie prin dans şi mişcare simbolică, de la modelaj şi expresie plastică – la dramaterapie şi metaforă transformativă, de la experimentarea contactului empatic revelatoriu – la meditaţia creativă individuală şi în grup." (I. Mitrofan, 2000, p. 287). Aceste metode şi tehnici funcţionează ca metode autotransformative.

Conceptele de reciclare şi reconversie sunt adesea utilizate în P.E.U. şi ele se referă la „recuperare prin repolarizarea propriilor noastre spaime, culpabilităţi, ostilităţi, rezistenţe, blocaje, atitudini şi comportamente care s-au dovedit a fi generatoare de suferinţă şi de eşec. Fiecare parte „îngropată", respinsă, blocată în inconştientul nostru, fiecare „vulnerabilitate" constituie adevărata noastră resursă, stocul psihologic de care dispunem, pe care conştientizându-l şi acceptându-l îl putem pune „la treabă" în favoarea noastră şi a celorlalţi. Lucrăm asupra vulnerabilităţii din perspectiva transformării sale, căci fiecare comportament este polar." (I. Mitrofan, 2004, p. 65).

Această viziune stă la baza a ceea ce în P.E.U. poartă numele de „lucrul cu Umbra". Persoana nu-şi va putea atinge echilibrul interior până ce nu-şi va cunoaşte, accepta, resemnifica şi integra aceste părţi respinse, negate ale Eului său. „Ca Egoul să ajungă „acasă", adică la Sine, e nevoie să-l ajuţi să se schimbe, disponibilizându-l cu răbdare şi susţinere către asta. E nevoie să-i redai condiţia creatoare, ajutându-l să exprime cât mai multe „roluri neintegrate" care creează tensiuni perverse în inconştient şi să înveţe să şi le recicleze cu cât mai multă imaginaţie. El îşi dezvoltă astfel fluiditatea, care este semn al sănătăţii sale psihice şi care dizolvă rigiditatea viziunii şi acţiunii, creându-şi mereu scopuri, semnificaţii, înţelegeri proaspete şi noi experienţe, reacţii şi atitudini emoţionale, ceea ce e în perfect acord cu Natura, ea însăşi maestră a transformării şi regenerării fără de sfârşit." (I. Mitrofan, 2000, p. 69).

Autotransformarea creatoare este scopul final al acestei orientări terapeutice. Ea presupune „autoregenerare psihică prin autodeblocare, spontaneizare, reconversie şi transformare simbolică a experienţelor, repolarizare informaţională, restituire şi recanalizare energetică, re-naturalizare, fluidizare a comportamentelor Egoului, integrare a rolurilor polare, unificare interioară, activare creatoare a resurselor, schimbare a scenariului de viaţă, reconfigurare a scenariului transgeneraţional, resemnificare a ciclului existenţial, integrare spirituală a lecţiei de viaţă individuală şi colectivă." (I. Mitrofan, 2004, p. 77).

Prof. Iolanda Mitrofan a definit paşii sau secvenţele terapeutice care „urmează în mod natural calea armonizării şi unificării interne şi externe, prin deblocarea spontană, în ritm personal, a procesului de autorestructurare, optimizare, dezvoltare şi extindere a conştiinţei." Iată formularea lor succintă:

„**Provocarea şi experimentarea.** Această secvenţă iniţială constă în lansarea exerciţiului sau pretextului situaţional provocativ, metaforic – simbolic, corporal sau verbal, cu sau fără suport creativ artistic, de tip improvizaţie sau relativ structurat, angajând participanţii într-o experienţă „aici şi acum" de focalizare, autoobservare, trăire şi autorevelare/ autodescoperire. Efect: conştientizarea de sine lărgită. Se concretizează în insight-uri revelatorii prin intrarea în contact cu Sinele profund, cu părţile de Umbră ale Eului (reprimate, negate, deplasate, proiectate, distorsionate, respinse, neacceptate). Se conştientizează starea de incongruenţă internă, de divizare la nivel intrapsihic, între exprimarea verbală şi cea corporală, între masca socio-comportamentală şi realitatea nevoilor, trăirilor, percepţiilor şi gândurilor. Prin exersarea autoobservării în prezentul situaţiei sau scenariului provocativ se dobândeşte experimental starea de MARTOR simultană cu experienţa trăită, ceea ce permite spontan accesarea inconştientului şi actualizarea celor mai semnificative informaţii conectate cu emoţii şi sentimente blocate – tot atâtea resurse energetice şi creative potenţiale."

Autoanaliza clarificatoare – reprezintă secvenţa asistată flexibil de către terapeut şi facilitată, provocată, validată şi extinsă calitativ prin feed-back-ul grupului. Analiza în prezenţa grupului şi inter-analiza constituie un proces fertil pentru înţelegerea, reevaluarea, acceptarea şi reintegrarea părţilor respinse sau blocate ale Eului, dintr-o perspectivă schimbată [...]

Exerciţiul resurselor creative şi al alegerilor proprii constituie o etapă importantă a procesului terapeutic, care se centrează pe consolidarea atitudinilor şi

acțiunilor creative, deschise, fluide, pe fundalul autoacceptării și autoîncrederii dobândite pas cu pas în cadrul analizei experiențiale. Dacă prin analiză clienților li se deschide poarta către sine și intră spontan în contact cu resursele, activarea și validarea acestora prin acțiune este sarcina logică a etapei sau „pasului" următor al Terapiei Unificării. Aceasta necesită un exercițiu tenace și bine structurat, centrat pe căutarea și descoperirea atitudinilor, soluțiilor sau comportamentelor alternative și implementarea strategiei creative de a lucra cu sine în experiența vieții de zi cu zi, în contextul social. Și acest exercițiu începe prin validarea noilor strategii în cadrul grupului de dezvoltare, ca proiecție în micro a colectivității, a socialului. În acest context ne bizuim pe dramatizarea simbolică (posturală, verbală și acțională, conform tehnicii „ca și cum" – joc de rol și apoi exersarea comportamentului real), precum și pe unele tehnici inspirate din programarea neuro-lingvistică. Scopul nostru este să implicăm clienții în practica alegerilor proprii și asumării responsabile a consecințelor acestora [...]

Transformarea personală creativă unificatoare. Restructurarea spontană a imaginii de sine și de alții, a perspectivei asupra realității, a nevoilor, scopurilor și strategiilor comportamentale prin activarea resurselor creative și posibilitatea trăirii primelor experiențe transcognitive și transpersonale semnalează în procesul terapeutic și de dezvoltare intrarea într-un nou stagiu evolutiv – stagiul trasformării personale creative și al asumării responsabilității alegerilor. Este o etapă de sporire în fluidizarea raporturilor persoanei cu sine și cu lumea, de lărgire considerabilă a câmpului și posibilităților de experimentare, de creștere remarcabilă a atitudinilor și comportamentelor creative, de optimizare a expresivității și afirmativității mature, a toleranței, încrederii și capacității de a sprijini și a oferi suport emoțional necondiționat, a comprehensiunii empatice, a implicării și prezenței autentice prin depășirea semnificativă a deprinderilor înlănțuitoare de atașament... Adesea această etapă terapeutică este corelată cu progrese spirituale și cognitive semnificative." (I. Mitrofan, 2000, p. 288-291).

3.3.2. Strategia terapeutică a modulului centrat pe stimularea și dezvoltarea conceptului de Sine

Deși adolescenții fuseseră aduși la cabinetele de neuropsihiatrie din cauza unor simptome și comportamente care-i îngrijorau pe părinți, nu mi-am centrat asupra lor demersul terapeutic. În acord cu teoriile experiențial-umaniste, am plecat de la premisa că aceste simptome și comportamente par a fi singurele modalități de care ei dispun pentru a face față și a supraviețui într-o lume stresantă. Intervenția terapeutică s-a axat pe stimularea și dezvoltarea acelor dimensiuni ale conceptului de Sine care am descoperit, în cercetarea întreprinsă anterior, că sunt deficitare sau perturbate la acești adolescenți.

În construirea modulului terapeutic am plecat de la principiul P.E.U. care spune că experiența este cheia conștientizării. M-am așteptat ca, odată cu a deveni conștienți de cum fac și ce fac într-o anume situație, adolescenții să-și conștientizeze senzațiile, sentimentele, nevoile, dorințele, procesele gândirii și acțiunile și astfel să-și întărească simțul Eului și determinarea de sine. Experimentând în aici și acum ei își pot conștientiza ce fac și cum fac pentru a-și perpetua și întreține un anumit comportament dezadaptativ și-și pot asuma responsabilitatea unor roluri și acțiuni mai adecvate situației. În acest

context, schimbarea pare a fi paradoxală, ea intervenind, aşa cum spunea Arnold Beiser (gestalt-terapeut), atunci „când persoana devine ceea ce este, şi nu când încearcă să devină ceea ce nu este".

În demersul terapeutic am urmărit ca adolescenţii să-şi poată asuma rolul de martor al propriilor trăiri, senzaţii fizice, stări interioare, gânduri pe care le au când sunt într-o anume experienţă. Cu alte cuvinte, le-am stimulat capacitatea de conştientizare atât prin focalizarea pe experienţa subiectivă, cât şi prin promovarea reflectivităţii şi sensului. „Totuşi aceasta nu se poate realiza dacă persoana nu are noi sentimente de încredere în sine şi valoare de sine, ca şi modalităţi pentru exprimarea potrivită a sentimentelor." (V. Oacklander, 1981, p. 54). În câştigarea unei mai bune încrederi în sine un rol important a fost jucat pe de o parte de grup, şi pe altă parte de relaţia adolescenţilor cu terapeutul.

Pe lângă obiectivele terapeutice generale întregului grup, am avut şi obiective personalizate pentru fiecare adolescent în parte, în funcţie de problemele sale specifice pe care le-am identificat în evaluarea iniţială. Fiecare adolescent a avut o temă personală, care a fost firul roşu urmărit de-a lungul întâlnirilor, ceea ce a dat continuitate şi coerenţă întregului demers terapeutic. Unii adolescenţi au înaintat mai mult, alţii mai puţin în procesul analitic şi transformativ, în funcţie de resursele şi implicarea lor. De asemenea, a fost importantă motivaţia lor pentru autocunoaştere şi schimbare.

3.3.2.1. Rolul grupului

Am manipulat dinamica grupului pentru a stimula dezvoltarea conceptului de Sine la fiecare participant. Rolul grupului ca matrice de dezvoltare a fost subliniat în întreaga psihologie clinică, psihologie a dezvoltării şi nu numai. La baza coagulării grupului se pare că există un „afect de grup", pentru că în grup participanţii trăiesc o intensă experienţă de comuniune afectivă. Se vorbeşte de un corp propriu grupului, membrii grupului trăind fantasma unirii simbolice într-o „matrice maternă primitivă". În viziunea prof. Iolanda Mitrofan, „grupul de dezvoltare este investit simbolic de către participanţi cu calitatea de matrice socială primară – „uter colectiv". El funcţionează asemenea unui „creuzet alchimic" care facilitează, creează şi confirmă sau validează restructurarea şi transformarea psihologică a participanţilor, în cadrul unui proces terapeutic experienţial de tip unificator." (2004, p. 85). Înainte de a începe orice demers explorator, membrii grupului au nevoie să aibă încredere unii în alţii, să simtă că pot pleca la drum împreună. De aceea terapeutul se asigură în primele întâlniri ale grupului de construirea atmosferei specifice, acel spaţiu intern al grupului – prin împărtăşirea de emoţii, stări, aşteptări care alcătuiesc conglomeratul de „experienţe împreună" ale grupului. Primele întâlniri au scopul intercunoaşterii, realizării coeziunii grupului.

Adolescenţii sunt informaţi cu privire la importanţa respectării principiilor egalităţii şi unicităţii în grup. Acestea fac ca fiecare participant să înveţe treptat, având repere importante (ceilalţi şi terapeutul), să-şi exerseze încrederea de bază, să se arate celorlalţi cu adevărurile sale şi să simtă bucuria de a fi recunoscut şi acceptat ca atare. Matricea emoţională a grupului permite ca fiecare adolescent să fie dispus să-şi exploreze aspecte importante din viaţa sa, să aibă curajul de a renunţa la vechile sale

mecanisme de apărare şi să experimenteze şi alte maniere de a fi şi de a se comporta în diferite situaţii de viaţă.

În grup fiecare devine pe rând cel care are nevoie de reasigurare şi cel care oferă reasigurare. În grup persoana primeşte îngrijire, împărtăşire, oglindire, validare a rolurilor noi, experienţe pe care le transferă apoi în viaţa reală. Aici fiecare găseşte acel spaţiu de gândire şi reflecţie de care are nevoie în procesarea experienţelor lui.

Din punct de vedere al teoriei psihodramatice, în lucrul terapeutic în grup sunt trei mari funcţii de bază: funcţia dublului, funcţia oglinzii şi funcţia inversiunii de rol (Moreno, 1961). Funcţia dublului se manifestă atunci când persoana este înţeleasă, simţită, citită de altcineva din grup, fără a fi interpretată, criticată. Asta îi dă sentimentul de apartenenţă la un grup de persoane care împărtăşesc acelaşi tip de trăiri şi nu se mai simte singură. Prin intermediul funcţiei oglinzii adolescentul ţine seama de ceea ce văd alţii la el; culege imaginile pe care şi le-au făcut alţii la adresa sa, oferind imagini clarificatoare unui Eu confuz. Funcţia de decentrare perceptivă, rezultantă a inversiunii de rol, introduce şi menţine viu dialogul dintre Eul actor şi Eul observator. Alternanţa constructivă între aceste două instanţe facilitează şi îmbogăţeşte permanent realitatea intersubiectivă şi interrelaţională a persoanei. Mecanismul decentrării perceptive e important în lărgirea conceptului de Sine, în ieşirea din rolurile rigide dictate de identificarea cu o problemă personală şi deblocarea altor roluri mai adaptative.

Suportul grupului este înlocuit treptat în terapie cu suportul personal, prin valorizarea resurselor proprii, pentru a evita decompensarea de la sfârşitul terapiei.

3.3.2.2. Rolul terapeutului de grup

Pentru a ajuta adolescentul să aibă un simţ de sine mai bun trebuie ca terapeutul să aibă un bun nivel de autoconştientizare. Adolescentul îşi poate asuma responsabilitatea să se cunoască numai dacă terapeutul se cunoaşte pe sine şi îşi arată propriul Eu într-un mod autentic.

În P.E.U. relaţia terapeutică este concepută ca un „proces de devenire, creştere împreună şi actualizare mutuală, bazat pe respectul libertăţii valorilor şi al opţiunilor. Este o relaţie de tip creativ empatic, fiind în egală măsură nutritivă şi deblocantă emoţional, dar şi transformativă în plan cognitiv şi comportamental. Ea se dezvoltă prin coprezenţă şi disponibilitate, prin rezonanţă şi contagiu intragrupal, prin însoţirea (acompanierea) activ receptivă, atentă, fluidă, flexibilă de către terapeut atât a clientului – protagonist, cât şi a grupului simultan." (I. Mitrofan, 2000, p. 286).

Relaţia terapeutică are întâi de toate o funcţie securizantă primară. Până când terapeutul nu le dă membrilor grupului impresia de securitate, demersul terapeutic nici nu poate începe. Încrederea în terapeut ca figură protectivă scade sentimentul neajutorării şi stabileşte o bază securizantă de la care adolescentul poate explora diferite experienţe în care abordează şi aspecte temute, rejectate. Terapeutul îl încurajează, sprijină şi ghidează în acest demers exploratoriu.

În grupul de adolescenţi terapeutul este purtătorul proiecţiilor parentale. Acesta nu este întodeauna un avantaj, mulţi având relaţii nesatisfăcătoare cu proprii părinţi, pe care le transferă în relaţia cu terapeutul. Mai ales la adolescenţii cu probleme de

comportament este prezentă neîncrederea în adulți ca rezultat al introiectării unor figuri parentale insecurizante. Cu ei terapeutul trebuie să aibă abilitatea de a le câștiga încrederea. El nu se circumscrie rolului de „figură parentală recuperatorie", ci aceluia de „figură de atașament nouă", care-i oferă adolescentului un nou mod de a relaționa. Are rol de recunoaștere și acceptare necondiționată a adolescenților, astfel facilitându-le creșterea stimei de sine.

În raport cu grupul, terapeutul se asigură că intervențiile celorlalți membrii sunt constructive, că au loc schimburi emoționale preponderent pozitive și că grupul este suficient de conținător pentru fiecare dintre membrii săi.

3.3.2.3. Metode și tehnici terapeutice

Tehnicile de lucru alese în construirea modulului terapeutic s-au adresat tuturor dimensiunilor conceptului de Sine. Dar tocmai caracterul holistic al P.E.U. face ca stimulând o anume dimensiune să fie stimulate și celelalte.

Experiența mea anterioară cu mai multe grupuri de adolescenți m-am condus la ideea că cea mai utilă modalitate de abordate a întâlnirilor de lucru terapeutic este aceea de a începe cu un exercițiu corporal, urmat de propunerea unei experiențe provocative cu suport artistic, care să conducă apoi către dramatizare. Astfel, aproape în fiecare ședință avem prezente aspectele corporale-nonverbale, componenta verbal-simbolică și componenta relațională, bineînțeles cu o pondere diferită în funcție de temele abordate. Pentru a-i ajuta pe adolescenți să-și câștige un mai bun simț de sine și să-și formeze un concept de sine adaptat vârstei lor, am creat și adaptat experiențe care să le stimuleze conștientizarea și integrarea Eului Corporal, Eului Personal, Eului Adaptativ și a Eului Social.

Pentru integrarea **Eului Corporal** am folosit o serie de exerciții de dans, mișcare pe muzică, pantomimă. Scopul lor a fost deblocarea și conștientizarea corporală. Devenind mai prezenți în corpul lor, adolescenților le-a crescut spontaneitatea și le-au scăzut defensele. Lucrându-se la nivelul corpului li s-a modifică timia, ceea ce a reprezentat un teren propice pentru schimbările cognitive.

Am folosit atât exerciții de stimulare senzorială și kinestezică urmate de relaxare, pe care fiecare adolescent le-a lucrat în intimitatea corporalității sale, cât și exerciții de mișcare în grup. Un exemplu de exercițiu este acela în care fiecare inițiază un dans personal pe muzică și ceilalți îl oglindesc. Câștigurile sunt în ambele sensuri. Protagonistului îi crește nivelul conștientizării corporale privindu-se în mișcările colegilor de grup, ceilalți devin mai empatici, încercând să se transpună în starea protagonistului care execută anumite mișcări. În urma exercițiilor de comunicare prin dans s-a produs o foarte bună deblocare emoțională la nivelul grupului. Și-au îmbunătățit creativitatea corporală, creând dansuri ale grupului la care au participat cu toții, acordându-și mișcările.

Pentru **Eul Personal (Imaginea și Identitatea de Sine)** am folosit exerciții expresiv-creative cu suport artistic, individuale și de grup. Acestea au condus la adolescenți la o mai bună definire de sine, cunoaștere a nevoilor, aspirațiilor personale. Am urmărit deblocarea creativității, a resurselor creatoare care pot fi bază pentru transformarea de sine. Un aspect important al demersului terapeutic a fost abordarea

polarităţilor Eului, integrarea aspectelor respinse şi resemnificarea lor. Noţiunile de acceptare, respect şi iubire de sine sunt esenţiale pentru scopul P.E.U. Se consideră că o condiţie aprioricǎ a dezvoltării sănătoase este acceptarea tuturor părţilor Eului.

Abordarea părţii de Umbră a presupus a-l ajuta pe adolescent să înveţe să-şi accepte părţile pe care le urăşte şi să lucreze cu el însuşi pentru a ajunge la sentimente de integrare şi preţuire de sine. Prima parte a acestui proces a presupus scoaterea la suprafaţă a celor mai urâte părţi ale Eului, care de obicei sunt introiecţii negative, mesaje despre sine care au fost absorbite în copilaria timpurie. E cunoscut faptul că, atunci când sunt mici, copiii au tendinţa să se identifice total cu aceste părţi negative (chiar dacă acest fapt duce la fragmentarea Eului). De aceea, a-şi da seama ca aceste părţi sunt doar un aspect al Eului este ceva nou pentru adolescent. Odată identificată o astfel de parte, adolescentului i s-a cerut să o deseneze sau să o modeleze în lut. Aceasta a fost astfel descrisă complet, chiar exagerată. S-a iniţiat şi un dialog între adolescent şi această parte, deseori adolescentul invocând enunţuri critice, chiar agresive la adresa ei. Aceasta i-a permis să-şi exprime agresivitatea în exterior şi nu în interior, către sine, construindu-se astfel un suport de sine pentru următorul pas, care implică descoperirea unui element pozitiv, hrănitor în interiorul Eului său. Realizând că o asemenea parte poate fi de fapt o credinţă încorporată la o vârstă fragedă, adolescentul este ajutat să-şi dezvolte „o instanţă iubitoare pentru sine" (V. Oacklender, 1988).

Adolescenţilor li s-a cerut să faca liste cu lucruri frumoase pe care le-ar face pentru ei înşişi, ceea ce pentru unii dintre ei nu a fost o sarcină uşoară. Apoi au fost sfătuiţi ca în fiecare zi să facă câte unul dintre lucruri pentru ei, păstrând o evidenţă a ceea ce au facut. Asumându-şi responsabilitatea pentru propriile alegeri, adolescenţii s-au simţit mai puternici şi mai bucuroşi. Au învăţat să fie mai drăguţi şi mai iubitori cu ei înşişi.

Am observat că la adolescenţii cu tulburări de comportament apărea adesea polaritatea Bine-Rău sau Bun-Rău. Eul lor „Rău" era o introiecţie a ceea ce au auzit spunându-se despre ei. Chiar ajunseseră să se identifice cu această parte a lor. A fost necesar ca aceşti adolescenţi să găsească sensul părţii lor rele şi să descopere că au în ei şi alte părţi cu care se pot mândri şi pe care se pot baza în alegerile pe care le fac în viitor.

Pentru stimularea dimensiunilor **Eului Adaptativ** am utilizat exerciţii provocative care-i puneau pe adolescenţi în situaţia de a se confrunta imaginativ sau dramatic cu situaţii limită, cu probleme din viaţa lor. Şi-au putut conştientiza mecanismele pe care le folosesc în mod spontan în aceste situaţii şi au putut descoperi alte strategii de a rezolva în mod mai adecvat problemele. Am urmărit să le stimulez creativitatea adaptativă şi să-i ajut să-şi îmbogăţească gama de soluţii la care pot avea acces.

Eul Social a fost abordat prin diferite jocuri psihodramatice şi dramaterapeutice. Adolescenţii au câştigat o mai bună înţelegere a modalităţilor lor de relaţionare, şi-au îmbunătăţit registrul de strategii de comunicare, şi-au creat şi exersat noi roluri relaţionale. Foarte important a fost ca ei să înveţe să comunice asertiv.

3.3.3. Secvenţe din întâlnirile terapeutice, ilustrative pentru maniera de lucru

Voi exemplifica în continuare câteva tehnici folosite pentru stimularea fiecărei structuri a conceptului de Sine, cu secvenţe de dialog înregistrate în timpul întâlnirilor de grup. Volumul înregistrărilor fiind mare, am ales acele secvenţe ce permit cititorului să urmărească evoluţia anumitor adolescenţi în mai multe momente ale demersului terapeutic.

Trebuie să precizez că unele tehnici de lucru au fost create de mine, iar altele, deşi au fost preluate de la alţi autori, au fost adaptate şi îmbogăţite în funcţie de obiectivele modulului terapeutic.

3.3.3.1. Stimularea Eului Corporal

Exerciţiu non-verbal: Mers pe diferite stări emoţionale

Scopul exerciţiului a fost conştientizarea senzaţiilor corporale şi a relaţiei lor cu latura emoţională.

Consemn: „Aşa cum sunteţi în picioare vă invit să închideţi pentru câteva momente ochii şi să intraţi cu mintea în interiorul corpului vostru. Observaţi modul cum se sprijină tălpile voastre pe sol. Ce senzaţii simţiţi chiar acum la nivelul tălpilor? Pe care talpă vă sprijiniţi greutatea corpului mai mult? Staţi mai mult înclinaţi în faţă sau în spate cu corpul?... Nu vă modificaţi poziţia. Doar observaţi ce se întâmplă în interiorul corpului vostru chiar acum... Urcaţi cu mintea în sus prin gambe, genunchi. Ce senzaţii aveţi în aceste zone ale corpului?... Dar la nivelul coapselor şi feselor?... Observaţi în care zonă simţiţi mai multă tensiune. Unde vă este mai uşor să pătrundeţi cu mintea şi unde vă este mai greu. Fiţi curioşi să vă descoperiţi pe voi înşivă prin senzaţiile pe care le aveţi în corp... Am ajuns acum în zona abdomenului şi pieptului. Observaţi cum se umflă şi se desumflă uşor atunci când inspiraţi şi expiraţi. Daţi-vă întâlnire cu respiraţia voastră. Cum o găsiţi astăzi?... Aerul pătrunde adânc în plămâni sau este blocat undeva în gât sau în piept? Fiţi curioşi să aflaţi... Încercaţi să lungiţi momentul inspirului şi expirului de câteva ori... Respiraţi de trei ori adânc, lăsând aerul să pătrundă în întreg plămânul... Foarte bine. Acum observaţi-vă spatele, coloana vertebrală. Cât de drepţi sau de aplecaţi staţi chiar acum?... Cum se simt umerii voştrii? Sunt ei aproape de urechi? Sau poate nu... Cum atârnă braţele, antebraţele voastre? Cât de relaxate sunt degetele de la mâini? Poate observaţi că aveţi tendinţa să strângeţi pumnul. Doar observaţi-vă, fără să vă judecaţi. Nimic nu e în sine bine sau rău. Doar este. Voi sunteţi acum şi aici. Ajungeţi acum cu atenţia la faţa voastră. Fiţi curioşi să descoperiţi dacă staţi încruntaţi, încordaţi sau nu. Unde sunt mai multe tensiuni pe faţa voastră? Oare ce expresie e imprimată pe faţă chiar acum?...

Foarte bine. Sper că fiecare dintre voi e ceva mai bogat după această călătorie în interiorul corpului lui. Puteţi deschide ochii şi începe să mergeţi prin cameră. Observaţi modul cum păşiţi, cum ţineţi corpul, cum priviţi. Vă invit să lăsaţi mersul şi postura corpului să se modifice în funcţie de stările emoţionale pe care vi le indic eu. Observaţi ce se întâmplă cu mersul vostru pe măsură ce simţiţi diferite emoţii."

Adolescenților li s-a sugerat să treacă pe rând prin stări de: epuizare, tristețe, nemulțumire, resemnare, furie, speranță, încredere, bucurie, hotărâre, fericire, iubire, încercând să se transpună în sitații reale sau imaginare care i-ar face să trăiască aceste emoții.

„Acum reveniți la mersul vostru normal din acest moment și vă îndreptați spre locurile voastre. Cine vrea să împărtășească grupului ce a observat la el în acest exercițiu e invitat să o facă."

Tudor: „De la supărare și tristețe la bucurie este o diferență foarte mare. La tristețe și la supărare mersul era ca mersul meu obișnuit. Din momentul în care am început să capăt încredere și în mers am câștigat vreo 5 cm înălțime. Faptul că am putut să privesc oamenii în ochi mi-a dat un alt curaj... o să-mi fie dor de atitudinea asta..."

Terapeut: „Ai observat cum ți se schimbau atitudinea corpului și mersul pe măsură ce te gândeai că ai o altă stare și chiar reușeai să te simți altfel?"

Tudor: „Da. La supărare eram cocoșat, cocârjat și la încredere spatele era drept, privirea sus... Când eram încrezător puteam să-i privesc pe ceilalți și să-mi dau seama ce simt."

Terapeut: „Ești mai atent la ceilalți."

Tudor: „Exact."

Terapeut: „Când ești deprimat și supărat ești atent doar la tine."

Tudor: „Cu ochii în pământ nici nu ai cum să-i vezi pe ceilalți."

Terapeut: „Care este emoția care te caracterizează mai mult?"

Tudor: „Undeva între încrezător și neîncrezător. M-aș caracteriza ca visător. Nu pot să spun că nu sunt atent la ceilalți, dar nici foarte atent. Îi observ pe ceilalți, dar mi-e greu să spun ce simt ei."

Monica: „Eu mă gândesc că fiecare gest corespunde unei emoții. Uneori când ești atent la trup îți dai seama și de emoțiile din tine pe care uneori nu le conștientizezi. Exercițiul acesta mi se pare că m-a ajutat să conștientizez mai mult ceea ce se întâmplă în mine, prin corpul meu."

Terapeut: „Pentru că trupul este o parte a noastră, nu este rupt de minte."

Monica: „Exact. Corpul nu este izolat de minte sau de suflet... Mă gândesc că pe toți ne-a ajutat să conștientizăm ce se întâmplă în noi."

Terapeut: „Pe tine ce te-a ajutat să conștientizezi? Referă-te la experiența ta."

Monica: „Atunci când ai o stare negativă nu mai ești atent la cei din jur și este ca un cerc vicios, nu-ți mai poți schimba acea stare. Nu ești atent la lucruri care ți-ar putea-o schimba."

Tudor: „Bingo!"

Monica: „Și se inter-influențează. Modul în care ne simțim influențează modul în care ne mișcăm și invers."

Terapeut: „Chiar dacă nu ai o stare de încredere și bucurie..."

Monica: „Poți să ți-o induci."

Terapeut: „Toate stările există în noi. Le putem găsi acolo dacă suntem atenți... Tu în care dintre tipurile de mers te-ai regăsit mai mult?"

Monica: „În toate, pentru că am trecut prin toate stările de-a lungul timpului."

Terapeut: „Dar în ultimele zile?"

Monica: „Probabil că resemnare și lipsă de încredere."

Terapeut: „Care tip de mers te-a făcut să te simţi mai bine?"
Monica: „Cel cu încredere."
Terapeut: „Şi ai conştientizat că poţi să-ţi modifici stările emoţionale dacă te concentrezi pe altceva."
Monica: „Exact. Stările ţin de nişte lucruri ce ne par minore şi insignifiante. Aşa cum te întristează o zi mohorâtă, aşa poate să te şi bucure un desen, orice, o floare."
Terapeut: „E alegerea ta să te concentrezi şi pe alte lucruri care te pot face să te simţi mai bine."
Monica: „Încerci să te concentrezi asupra exteriorului pentru că el îşi poate aduce aportul la starea ta. Şi dacă, din contră, în exterior nu găseşti ceea ce trebuie, te concentrezi asupra interiorului astfel încât să se compenseze."
Terapeut: „Deci ai o paletă mult mai largă de opţiuni. Poţi să alegi mult mai multe lucruri decât să fii tristă, supărată sau nefericită într-un moment anume."
Monica: „Da, da."
Terapeut: „Îmi pare bine să aud de la tine asta."
Monica zâmbeşte.
Radu: „Pentru mine a fost un exerciţiu interesant. Am aflat o grămadă de lucruri."
Terapeut: „Ce ai aflat?"
Radu: „Că modul în care merg eu de obicei este ca de om trist."
Terapeut: „Asta să fie din cauză că tu te concentrezi de obicei mai mult pe lucruri care nu-ţi plac, te nemulţumesc şi te întristează?"
Radu: „Da."
Terapeut: „Cum a fost să experimentezi şi alte stări?"
Radu: „Bine. Cel mai mult mi-a plăcut să merg cu o stare de încredere în mine şi fericire."
Terapeut: „Poţi să ne spui mai multe despre asta?"
Radu: „Am observat în acele momente eram mai atent la mine şi mai prezent în grup."
Terapeut: „Pentru că observ că mai mulţi dintre voi v-aţi simţit cel mai bine când aţi mers pe o stare de încredere, vă propun să vă plimbaţi prin cameră şi, când vă întâlniţi, să vă priviţi în ochi şi vă transmiteţi unii altora mesaje care să înceapă cu: Forţa mea interioară care-mi dă încredere este..."
În continuare, fiecare s-a gândit la resursele sale şi le-a făcut bine să le împărtăşească cu colegii din grup.

3.3.3.2. Stimularea Eului Personal (Imaginea şi Identitatea de Sine)

Definirea Eului a fost o experienţă cognitivă în anumite momente. Adolescenţii au formulat propoziţii referitoare la ceea ce le place, la ceea ce nu le place, la ceea ce doresc, la nevoile lor. Consider că exprimarea gândurilor, opiniilor şi ideilor definesc mai departe Eul. A învăţa să discrimineze – a distinge între sine şi mediu – este o altă faţetă a delimitării Eului: „asta e ceea ce sunt – asta e ceea ce nu sunt". Adolescenţii determină astfel aspecte ale Eului lor. Şi cu cât o persoană se cunoaşte mai bine şi experimentează mai multe aspecte ale Eului său conştientizându-le, cu atât are mai multe ocazii pentru dezvoltare sănătoasă şi schimbare.

În general, adolescenții de multe ori evită să se confrunte cu trăirile profunde pe care le țin ascunse și care interferează cu o creștere sănătoasă. Adesea ei nu au bază puternică în ei înșiși, un bun suport interior pentru a se confrunta cu intensitatea și puterea acestor trăiri și, în consecință, își reprimă aceste sentimente, astfel încât nu mai au conștiința existenței lor. Ținând cont de aceste lucruri, în procesul terapeutic am folosit multe tehnici expresive, creative și proiective care i-au ajutat pe adolescenți să-și exprime emoțiile pe care le țineau ascunse, dar și să experimenteze și să-și întărească aspectele stagnante ale Eului. Aceste tehnici implică desen, modelaj, colaj, povestiri metaforice care constituie mijloace proiective puternice ce pot provoca trăiri puternice. O modalitate de folosire a tehnicilor expresive și proiective a fost ca adolescenții să-și exprime emoțiile în mod autentic printr-un exercițiu provocativ și apoi să-și însușească proiecția. Am observat că pentru a-și putea exprima emoțiile, în special cele reprimate cum ar fi furia și tristețea, adolescenții trebuiau să aibă un bun suport de sine.

a) Exercițiu de exprimare simbolică cu suport artistic – modelajul în plastilină

Am avut în vedere lucrul cu părți polare ale Eului, cu scop clarificator, de resemnificare și autotransformare și integrare a părții de Umbră a Eului.

Consemn: „Vă rog ca fiecare să se gândească la un lucru care-i place la el și la altul care nu-i place. Alegeți câte o bucată de plastilină pentru fiecare dintre părți. Observați dacă vă inspiră ceva din forma și culoarea plastilinei. Acum că ați ales, modelați fiecare bucată și lăsați-o să ia forma părții din voi la care vă gândiți. La sfârșit le așezați pe foaia de hârtie din fața voastră, în relația pe care simțiti că o au ele acum în interiorul vostru... Acum le priviți și observați ce vă transmite construcția din fața voastră. Cum vedeți din exterior cele două părți? Dar relația dintre ele?... Cine vrea să ne vorbească despre ceea ce a modelat?"

Tudor: „Orice necaz s-ar întâmpla nu-mi pierd puterea să-mi folosesc rațiunea și mai ales inima – partea sentimentală, chiar dacă ea m-a cam dus uneori în eroare."

Terapeut: „Deci partea care-ți place la tine este partea care poate să iubească, să ofere afecțiune."

Tudor: „Da."

Terapeut: „Cum te ajută în viața ta?"

Tudor: „Faptul că am o inimă așa de mare... pot să spun că rezervele de ură sunt prea joase, prea scăzute. Așa că... Știu că am colegi care sunt mai supărați și uneori explodează și cum sunt mai tot timpul în preajma lor știu că pot susține acel echilibru atunci când sunt jos."

Terapeut: „Înțeleg că partea aceasta din tine te ajută să nu te superi și să oferi chiar și atunci când ești rănit."

Tudor: „Da. Dar totuși, vedeți că am pus și un mic bob în inimă."

Terapeut: „Ce reprezintă?"

Tudor: „E un strop de tristețe, un strop de melancolie."

Terapeut: „Cum simți în viața ta această melancolie? În ce momente apare?"

Tudor: „Atunci când îmi dau seama de anumite lucruri. Atunci când, cu o veselie pe chip, ceilalți încearcă să mă aducă jos, să mă deprime."

Terapeut: „Cum pot ei face asta?"

Tudor: „Nu-i neapărat nevoie de ceilalţi. Pot chiar să-i observ. O atitudine bine ascunsă, o privire pe care atunci când o observ..."

Terapeut: „Nu cumva tu oferi atât de multă afecţiune şi aştepţi ca şi ceilalţi să-ţi dea la fel?"

Tudor: „Într-un fel aştept, dar nu întotdeauna se întâmplă."

Terapeut: „Şi atunci apare melancolia. Când nu primeşti de la ceilalţi ceea ce te aştepţi să-ţi ofere?"

Tudor: „Da."

Terapeut: „Care este partea din tine care nu-ţi place?"

Tudor: „Am încercat s-o reprezint printr-un cub *(oftează)*... Atunci când sunt supărat şi puţin spus supărat, furios, nervos, nimeni nu poate să mă ţină. Sunt pe picior de război, cum ar zice ceilalţi. Sincer, mie nu-mi place genul acesta de atitudini nici la ceilalţi şi mai ales la mine."

Terapeut: „Deci la tine nu-ţi place atunci când apare furia."

Tudor: „E adevărat că-ţi dă o plăcere morbidă, uneori dar apoi îţi rămâne un gust foarte amar şi nu merită. *(Observ că vorbeşte impersonal, nu-şi asumă agresivitatea.)* Dar cubuleţul reprezintă anumite restricţii, îngrădiri. Pot să spun că în ultima vreme nu prea a mai fost nevoie de el să exprime ceea ce vrea să exprime."

Terapeut: „Îngrădiri?"

Tudor: „Îmi reţin anumite atitudini, anumite răspunsuri faţă de anumite persoane, pentru a nu aprinde o scânteie şi mai mare într-o situaţie deja aprinsă. În ultimul timp n-a mai fost nevoie."

Terapeut: „Pentru că..."

Tudor: „Mi s-a oferit şi mie şansa să mă exprim. De exemplu, ieri la ora de română era o dezbatere pe marginea poeziei *Revedere* de Eminescu. Eu am fost singurul din grupa mea şi în momentul când am putut să spun exact ce gândesc m-am simţit bine."

Terapeut: „Înţeleg că atunci când te simţi supărat, nervos, pentru că nu-ţi plac aceste stări, ţi le îngrădeşti."

Tudor: „Da. Şi pot să spun că în acele momente, datorită acestei inimioare, nu mai sunt conştient de acea supărare."

Tudor îşi reprima de obicei emoţiile pe care le credea negative şi trăia adesea conflicte emoţionale şi morale care-i dădeau o stare de bulversare interioară.

Terapeut: „Nu ţi se pare că e omeneşte să fim şi supăraţi, şi nervoşi uneori? Putem fi doar iubitori?"

Tudor: „Eu când simt asta prefer să o transform şi s-o las să iasă."

Terapeut: „Voi aţi înţeles ce a vrut să spună Tudor?"

Cristina: „Am înţeles că la ora de română, când ai spus tot ce ai gândit, te-ai simţit bine, ai fost ascultat. Dar de multe ori..."

Tudor: „Nu sunt ascultat. Aşa este."

Terapeut: „Cu alte cuvinte, tu nu-ţi permiţi să fii supărat şi nervos."

Tudor: „Consider că e datoria mea să-i ajut pe alţii."

Terapeut: „Ca şi misionarul de care vorbeai cu altă ocazie?"

Tudor: „E o imagine mai plastică. Eu sunt cu un picior mai sus şi încerc să-i trag şi pe alţii. Încerc, nu spun că şi reuşesc."

Terapeut: „Pot fi anumite costuri când încerci să reţii în tine nemulţumirea?"

Tudor: „Până la urmă tot dispare."

Terapeut: „Iar când reapare e şi mai puternică."

Tudor: „Cei ce au cel mai mult de suferit sunt pereţii în acele momente. Chiar dacă apare şi durerea, îmi iau gândul de la nemulţumire."

Terapeutul, arătând către ceea ce a modelat Tudor: „Vouă cum vi se pare săgeata aceea albastră care duce de la cub spre inimă?"

Cristi: „Pare o durere."

Radu: „Încearcă să distrugă iubirea dintre el şi ceilalţi."

Tudor: „Mi-aţi dat o idee. Le-am aşezat inconştient în această ordine. Pot să spun acum că e o anumită legătură între ele. Din această îngrădire există pericolul să iasă o săgeată şi când atinge şi inima pot să spun că e bine ca nimeni să nu-mi stea în cale pe o rază de cel puţin un km."

Terapeut: „Deci există pericolul că dacă ţii prea mult îngrădite furia şi nemulţumirea, ele să ţâşnească ca o săgeată şi..."

Tudor: „Inima nu mai există atunci, practic."

Radu: „Ca uraniul care e ţinut într-un glob de cristal de care se loveşte o dată, de două ori şi apoi explodează."

Tudor: „E foarte adevărat. Dar v-am spus, în ultima vreme nu i-am mai dat voie să apară."

Terapeut: „Dar apropo de durere. Săgeata aceasta atacă chiar partea din tine care-ţi place."

Tudor: „Ăsta e şi pericolul... Ideal ar fi să nu mai ţin atâta în mine. Adică atunci când mi se oferă ocazia, pe un ton pe cât se poate de liniştit să expun ceea ce am de expus, să nu mai ajung în situaţia de a lansa săgeata aceasta spre inimă."

Terapeut: „Ţi-ai dat un răspuns care simţi că te ajută. Ai putea acum să repoziţionezi aceste părţi din tine într-un fel care ţi-ar fi mai de folos?"

Tudor: „Ar fi doar o întoarcere a săgeţii invers. Atunci când iubeşti foarte mult există pericolul de a fi vulnerabil. Dar când iubirea e reciprocă parcă aceasta... nu mai are destulă forţă."

Terapeut: „Nu există mereu reciprocitate. Ce poţi face?"

Tudor: „Da, ştiu. Atunci apar tristeţea şi melancolia."

Pentru că Tudor are tendinţa să intelectualizeze prea mult, îi propun să acţioneze. Să transpună la nivel acţional ceea ce a înţeles mai devreme despre el.

Terapeut: „Este cineva acum în viaţa ta care te supără?"

Tudor: „Mici tachinări inofensive care vin din partea unor persoane ce nu au nicio importanţă majoră."

Terapeut: „Numeşte una dintre aceste persoane."

Tudor: „E o singură persoană care chiar mă calcă pe nervi – Adi."

Terapeut: „Alege pe cineva din grup care ar putea să joace rolul lui Adi."

Tudor: „Radu."

Terapeut: „Veniţi în mijlocul grupului în picioare. Tudor, spune-i lui Adi exact ceea ce te supără, ceea ce te nemulţumeşte în relaţia cu el. E momentul în care îţi dai voie să ieşi din cub."

Tudor: „Singurul lucru care mă enervează la tine este această atitudine prea şmecherească. Îţi dai prea multă importanţă."

Terapeut: „Foarte bine. Spune-i tot."

Tudor: „Prea multă importanţă îţi dai. Dar într-o situaţie în care trebuie să-ţi dovedeşti valoarea, nu prea reuşeşti."

Terapeut: „Acest lucru mă face să mă simt..."

Tudor: „Mă calcă pe nervi. *(Ridică tonul vocii, începe să se enerveze.)* Acea atitudine mă calcă pe nervi, de îmi vine să..."

Terapeut: „Mă calci pe nervi atunci când..."

Tudor: „Când mă faci să fiu un om care să-ţi dea impresia că eşti superior, ceea ce nu eşti pentru mine."

Terapeut: „Pentru mine eşti..."

Tudor: „Doar o ciupercă ieşită din ploaie."

Radu iese din rol şi spune, cumva amuzat: „Se potriveşte perfect cu văru-miu. E o coincidenţă extraordinară."

Tudor, din ce în ce mai enervat: „Culmea, că atunci când ai nevoie de ajutor eşti cel mai linguşitor posibil şi apoi nici nu mă mai bagi în seamă."

Terapeut: „Atunci simt..."

Tudor: „Devii pentru mine un potenţial sac de box..." Se întoarce spre terapeut: „Prefer să pun restricţia. Îmi fac mie mai mult rău dacă îl urăsc pe el."

Observ cum iese din rol, încercând să se distanţeze de emoţiile sale, pe care le simte ca fiind ameninţătoare.

Terapeut: „Îţi faci mai mult rău dacă ţii în tine această furie. Te invit să mergi până la capăt acum cu ceea ce ai de spus. Eşti pe cale să reintrii în cub."

Cristina: „Eşti în cub."

Tudor: „Bine." Către Radu: „Pune-ţi o geacă pe tine. Acum o să vezi tu."

Se pregăteşte să lovească.

Terapeut: „Foarte bine, Tudor. Lasă supărarea să iasă. E o emoţie omenească. Loveşte cât poţi de tare în geacă. Noi facem galerie."

L-am încurajat să-şi exprime corporal agresivitatea, specificând că loveşte un obiect, nu o persoană. Ultimul aspect nu concorda cu principiile sale morale.

Tudor loveşte din ce în ce mai tare cu pumnii în geacă.

Terapeut: „Foarte bine, Tudor! Lasă să iasă toată furia, supărarea!"

Radu, încurajându-l: „Dă-ţi drumul, haide, loveşte!"

Tudor, strigând: „Mă enervezi! Mă foloseşti când ai nevoie. M-am săturat!"

Terapeut: „Foarte bine, Tudor! Spune-i tot ce-i reproşezi!"

Tudor: „Cam atât pentru Adi. Mai am şi pentru alţii."

Radu: „Ai şters fişierele. Viruşii."

Terapeut: „Cum te simţi acum, Tudor?"

Tudor: „Liber ca o pasăre."

Terapeut: „Priveşte acum spre cele două părţi ale tale modelate. Cum le vezi acum?"

Tudor: „Iubirea iese mai mult în evidenţă, pe când supărarea e ca un punct infim."

Terapeut: „Vrei să le reaşezi?"

Tudor: „Săgeata nu mai e direcţionată spre inimă, ci spre afară. Aşa..."

Terapeut: „Cum te-a ajutat experienţa aceasta?"

Tudor: „Pot să spun că uşor, uşor, şi cu ajutorul lui Radu, am reuşit să redirecţionez furia nu între două părţi din mine, ci s-o exteriorizez."

Terapeut: „Cum ai putea să pui în practică ce ai experimentat aici?"

Tudor: „Să le spun colegilor că mă deranjează atunci când fac ceva ce nu-mi convine."

Terapeut: „Radu, cum a fost în rolul lui Adi?"

Radu: „Mi-a plăcut cel mai mult să-l ajut să scape de furie."

Terapeut: „Tudor, ce ţi-a rămas după ce ai experimentat azi?"

Tudor: „Am reuşit să-mi dau seama şi de relaţia cub – inimă şi de traseul agresivităţii de la una la alta."

Tudor şi-a acceptat şi resemnificat agresivitatea. A exersat în joc de rol comunicarea asertivă în relaţie cu colegii de clasă.

Terapeut: „Hai să trecem la părţile tale, Cristi."

Cristi: „Un Măscărici şi Eu. La şcoală fac pe măscăriciul."

Radu: „Şi mie îmi spuneau în clasa a treia bufonul clasei."

Terapeut: „Înţeleg că partea ta de Măscărici nu-ţi place la tine. Care este rostul ei?"

Cristi: „Păi nu ştiu. Vreau să mă dau mare şi tare şi nu-mi iese."

Terapeut: „Nu-ţi iese să fii mare şi tare."

Cristi: „Da."

Terapeut: „Deci tu ai nevoie să te considere ceilalţi mare şi tare şi de asta faci pe măscăriciul."

Cristi: „Uneori o fac fără să vreau."

Terapeut: „Ţi-a scăpat de sub control."

Cristi: „Da."

Terapeut: „Şi tu, Radu, la fel vroiai?"

Radu: „Nu ştiu. Eram mic."

Tudor: „Când eşti mic e inevitabil să mai faci pe măscăriciul. Şi eu făceam asta. Toţi băieţii fac asta."

Terapeut: „Continuă, Cristi."

Cristi: „Mă simt prost după aceea. Mi-am dat seama că sunt un prost."

Terapeut: „Te superi pe tine."

Cristi: „Am în mine două persoane: un Măscărici şi Cristi."

Terapeut: „Cristi Seriosul."

Cristi: „Da."

Terapeutul propune un exerciţiu de dramatizare: „Hai să ne imaginăm că vorbesc puţin între ele aceste părţi: Cristi Măscăriciul cu Cristi Seriosul. Ce-şi spun?"

Cristi, arătând către bucăţile modelate în plastilină: „Ăsta îi zice lu' ăsta că e un prost şi ăsta îi zice lu' ăsta că e un alt prost."

Terapeut: „Se jignesc. E o ceartă acolo. Un fel de luptă."

Cristi: „Da."

Terapeut: „Lupta asta o simţi adesea în tine?"

Cristi: „Da."

Terapeut: „Hai s-o scoatem afară. Vrei să te foloseti de doi colegi care să le întruchipeze pe cele două părţi ale tale?"

Cristi: „Da." Îl alege pe Radu pentru Măscărici şi pe Tudor pentru Cristi Seriosul. „A început să mă doară capul."

Cristi îşi somatizează acest conflict interior.

Terapeut: „Aşează-i pe Tudor şi pe Radu în mijlocul grupului. Ei vor întruchipa cele două părţi din tine, care au acum ocazia să stea de vorbă. Pe rând, o să intri când într-un rol, când în celălalt. Voi doi vă rog să ţineţi minte replicile pe care le dă în rolul pe care-l jucaţi. Acum, dacă fiecare a înţeles ce are de făcut, dăm drumul la acţiune."

În jocul de rol:

Cristi Măscăriciul: „Eu mă port aşa ca să ies în evidenţă, ca să mă dau mare şi tare. Şi fac glume proaste pe seama colegilor."

Cristi Seriosul: „Nu e bine. Pentru că trebuie să-ţi arăţi partea ta bună colegilor, dacă vrei să ai prieteni."

Terapeut: „Partea ta bună..."

Cristi Seriosul: „Să fii bun, să ştii să te comporţi. Poţi să ieşi în evidenţă şi altfel."

Cristi Măscăriciul: „Ai dreptate, o să încerc să nu mai fiu măscărici. Nici mie nu prea-mi place."

Terapeut: „Cum te simţi?"

Cristi Măscăriciul: „Batjocorit de fete. Că băieţii sunt toţi la fel. Ele spun că sunt prost."

Terapeut: „Tu ce crezi?"

Cristi Măscăriciul: „Eu mai glumesc cu ele ca să nu mai zică că sunt prost."

Tudor: „Dă-mi voie să-ţi zic un lucru. Cea mai mare greşeală în faţa unei fete e să faci pe măscăriciul. Mie mi s-a reproşat că atunci când sunt măscărici stric orice imagine creată înainte, de om serios."

Cristi Măscăriciul: „Sunt de acord cu ce a spus el. Eu am nevoie să fiu coleg bun şi să am prieteni şi de aia fac pe măscăriciul. Ca să le câştig prietenia."

Cristi a găsit acum semnificaţia părţii respinse din el şi şi-a exprimat nevoile lui relaţionale. Este un moment de sinceritate de care trebuie să profite cât mai mult, conştientizându-l. De obicei joacă un rol de persoană care nu are nevoie de prieteni şi are un comportament teribilist, provocator.

Cristi Seriosul: „Dă-i încolo pe colegi. Nu merită nimic. Sunt nişte înfumuraţi."

Terapeutul pune accentul pe nevoia exprimată mai devreme: „Dar totuşi nevoia lui Cristi este să aibă prieteni."

Cristi Seriosul: „Dar ei nu vor."

Terapeut: „Te rog să vii în afara scenei. Acum eşti Cristi ce-i conţii pe cei doi şi asişti la discuţia lor."

Cristi e în rol de martor în timp ce Radu şi Tudor rejoacă scena de dinaine.

Terapeut: „Ce părere ai?"

Cristi: „M-am văzut pe mine."

Terapeut: „Cum?"

Cristi: „Mi-am dat seama că nu e bine să fiu nici aşa, nici aşa."

Terapeut: „Dar cum e bine să fii?"

Cristi: „Să fiu eu aşa cum sunt, cu bune şi rele."

Terapeut: „Care sunt părţile tale bune?"

Cristi: „Nu ştiu."

Terapeutul către grup: „Hai să-l ajutăm pe Cristi să-şi vadă părţile lui bune. Să-i spuneţi voi care vi se pare că sunt calităţile lui, ce vă place la el."

Tudor: „Faptul că eşti creativ, că poţi să te descurci în diferite situaţii. Mi se pare că ai un potenţial foarte mare pe care ţi-l ascunzi şi nu ştiu de ce."

Cristina: „Niciodată nu eşti adormit, trist. Tot timpul ai chef de vorbă. Asta mă face şi pe mine să-mi revin dacă sunt tristă."

Radu: „Îmi place optimismul tău."

Monica: „M-a mirat când ai spus că joci rolul de Măscărici, pentru că aici ai fost mereu serios, bine crescut, manierat. Mi se pare că eşti şi foarte sensibil şi, aşa cum a spus şi Tudor, ai potenţial şi cred că şi tu ştii asta."

Terapeut: „Ştie că are o parte bună, dar nu ştie care e."

Monica: „Mai ai timp să ţi-o descoperi, important e că o ai."

Alexandra: „Mie îmi plac figurinele pe care le-ai făcut. Ai talent."

Terapeut: „Cum te simţi acum după ce ai ascultat ce au spus colegii?"

Cristi: „Mai bine."

Terapeut: „Te mai doare capul?"

Cristi: „Nu."

Şi-a externalizat conflictul şi s-a eliberat de tensiunea de la nivelul capului.

Terapeut: „Te rog să modelezi acum şi partea bună din tine, aşa cum o simţi acum şi să o pui alături de celelalte. Ce reprezintă ce ai modelat?"

Cristi: „Un cadou. Ceva ce dăruiesc."

Terapeut: „Tonus, optimism, voioşie, şi alte lucruri pe care le vor descoperi cu siguranţă cei din jurul tău când vor deschide cadoul. Cum îţi este după această experienţă?"

Cristi: „M-am simţit bine. Am văzut că am şi părţi bune."

Terapeut: „Cum îţi propui să foloseşti aceste aspecte în relaţiile cu ceilalţi?"

Cristi: „Pot să fiu vesel fără să devin Măscărici. Văd că celor din grup le place."

b) Exerciţiu de exprimare simbolică folosind colajul ca tehnică expresiv-creativă (adaptat după Alexandra Rogelet, 2001)

Una dintre specificităţile lucrului cu colajul din reviste ca suport expresiv-creativ este realizarea unei opere cu ajutorul imaginilor exterioare deja construite de alţii. Am abordat cu ajutorul colajului polaritatea „Percepţia personală de sine şi Percepţia celorlalţi despre sine", cu scopul de a pune în evidenţă eventuale incongruenţe şi a-i ajuta pe adolescenţi să-şi apropie aceste aspecte ale imaginii de sine.

Consemn: „Vă rog să vă aşezaţi într-o poziţie comodă şi să priviţi în interiorul vostru câteva momente. Când vă gândiţi la lucrurile care vă caracterizează acum pe voi înşivă, ce vă vine în minte?... Cu ce imagini le asociaţi?... Nu e nevoie să spuneţi cu voce tare. Păstraţi descoperirile pentru voi deocamdată. Acum vă invit să vă gândiţi la cum sunteţi văzuţi de ceilalţi din jurul vostru: colegi, prieteni, de cei din familia voastră. Ce caracteristici vă atribuie ei?... Cu ce imagini le asociaţi?... Când consideraţi că v-aţi format nişte idei clare asupra acestor aspecte, puteţi să vă îndreptaţi spre masa din centrul camerei. Aveţi aici diferite reviste, suporturi de diferite mărimi, culori, foarfeci, lipici. Cu ajutorul imaginilor din reviste veţi construi un colaj care să se numească „Cum mă văd eu acum" şi un altul „Cum mă văd ceilalţi". Răsfoiţi în tăcere revistele şi când găsiţi imagini care se potrivesc celor care v-au venit mai devreme în minte puteţi să le decupaţi sau să le rupeţi. Apoi puteţi să le dispuneţi, să le lipiţi pe un suport la alegerea voastră. Vom lua, la

sfârşitul întâlnirii, un timp în care fiecare va putea prezenta colajul său grupului. Lucraţi în tăcere, pentru a putea fi atenţi la ce vă transmit imaginile, ce trezesc în voi... Dacă nu găsiţi imaginile pe care le aveţi în minte puteţi face recurs la desen sau la scris pentru a vă completa colajele... Acum că aţi terminat, vă invit să arătaţi colajele colegilor şi să vorbiţi despre ele."

Cristi: „Aici este Iliescu preşedinte."

Terapeut: „Aşa te vezi tu?"

Cristi: „Unul mare, cu rang înalt."

Cristi reia tema din întâlnirea în care şi-a modelat polarităţile Eului.

Terapeut: „Vrei să ne spui mai multe despre asta?... Voi ceilalţi puteţi să-i puneţi întrebări."

Tudor: „În ce fel te vezi mare?"

Camelia: „Şmecher."

Terapeut: „Aşa este?"

Mihnea: „Tu eşti Păcălici, de aia. Te prosteşti ca un..."

Cristi: „Dar tu ce faci?"

Mihnea: „Nu mă prostesc ca tine."

Cristi: „Nu..."

Terapeut: „Revenind la colaj, observ că mai sunt şi alte imagini."

Cristi: „Aici e mâncare, pentru că sunt mereu cu foamea în gât. Ăsta e un băiat. Dar eu nu sunt ţigan, să fie clar. Am luat imaginea asta pentru că aici scrie: Ionuţ este un băiat minunat. Te rog să mă ierţi pentru felul cum m-am purtat..."

Mihnea intervine: „Că ţi-am spart capul, ţi-am dat foc la casă..."

Cristi, ignorându-l: „...cu el prima dată."

Radu: „Mie mi-ar plăcea să fiu ţigan. Profesorul meu de civică e foarte deştept şi el şi-ar dori să fie ţigan pentru că ţiganii sunt cu adevărat fericiţi. Şi are dreptate. Mie-mi place."

Cristi: „Ce să mai zic?"

Terapeut: „Înţeleg că te vezi ca pe un prieten bun, un mâncăcios şi un om important. Important în ce sens?"

Cristi: „În prostie."

Terapeut: „Adică?"

Cristi: „Aşa cum vreau eu să mă dau mare şi tare."

Mihnea: „Şi nu reuşeşti."

Terapeut: „Ce zici de asta?"

Cristi: „Nu ştiu."

Terapeut: „Îţi place să ieşi în evidenţă."

Cristi: „Da."

Terapeut: „Acum pune alături colajul care reprezintă cum te văd ceilalţi pe tine. Ce ne poţi spune despre el?"

Cristi: „Mă văd ca pe un mamut, Australopithecus."

Terapeut: „Adică?"

Cristi: „Un urât, unul mare care sperie fetele.

Terapeut: „Aşa te văd ei."

Cristi: „Da. Ca pe unul care sperie pe toată lumea."

Terapeut: „Prin ce-i sperii?"

Cristi: „Nu ştiu. Citeşte ce scrie sub imagine."

Terapeut: „E tot în căutarea hranei."

Cristi, râzând: „Da."

La Cristi această căutare a hranei e legată de carenţele emoţionale şi lipsa de recunoaştere pe care le simte în special în familie. A ajuns să vorbească despre asta în terapie într-o altă întâlnire.

Terapeut: „Ai pus până la urmă şi imaginea cu Mr. Bean."

Mihnea i-o găsise şi Cristi o refuzase iniţial.

A fost interesant să observ modul în care empatizează cei doi. Amândoi au fost diagnosticaţi cu tulburări de comportament şi resping unul la celălalt trăsături pe care le au şi ei. Asta îi face să se agreseze adesea verbal. Am folosit replicile lor pentru a-i ajuta să intre mai bine în relaţie cu propria persoană, reconvertindu-le astfel agresivitatea.

Cristi: „Mr. Bean vrea să-l împuşte pe ăsta urâtu', dar ţine pistolul în partea cealaltă. Uite ce faţă are."

Din nou vrea să-şi respingă partea din el care are nevoie de apropiere emoţională.

Terapeut: „Vouă cum vi se pare diferenţa între cum se vede Cristi şi cum îl văd ceilalţi?"

Radu: „Destul de mare e diferenţa. Pe de o parte nu e diferenţă. La partea cu mâncarea e la fel părerea lui cu a celorlalţi."

Terapeut: „Adică e în căutarea hranei."

Cristi: „Aşa fac."

Radu: „El se vede un om prietenos, dar ceilalţi îl văd un măscărici şi un bădăran... El se vede un om important, dar ceilalţi zic că e un simplu măscărici."

Terapeut: „Aceasta e o diferenţă."

Cristi: „Aşa şi este."

Terapeut: „Mă întreb, Cristi, cum te simţi tu în această situaţie?"

Cristi: „Prost, cum să mă simt. Nu sunt apreciat de nimeni."

Terapeut: „Cine ai vrea să te aprecieze?"

Cristi: „Mama, frate-miu. Colegii de la şcoală."

Acum Cristi este în contact cu adevăratele lui nevoi şi frustrări.

Camelia: „Eu nu te văd pe tine ca pe un monstru. Eşti un băiat de treabă cu care pot să vorbesc. Nu eşti chiar un om foarte, foarte important, dar mă pot baza pe tine."

Terapeut: „Camelia, tu cum vezi diferenţa dintre cele două colaje?"

Camelia: „Diferenţa e destul de mare. El nu e încă un om foarte important... În rest nu ştiu ce să spun."

Mihnea: „E important în prostia lui."

Terapeut: „Adică?"

Mihnea: „E prin prostie important, nu prin lucrurile bune. Se prosteşte prea mult."

Terapeut: „Cum ţi se pare că e diferenţa dintre cum se vede Cristi şi cum îl văd ceilalţi?"

Mihnea: „E adevărat că-l văd ca pe un măscărici. Dar nu e important şi nici prietenos."

Cristi: „Dar de unde ştii tu?"

Mihnea: „Păi n-ai cum să fii prietenos dacă îţi baţi joc de cei de la şcoală şi nu-i suferi. Chestii de-astea."

Cristi: „Păi sunt prietenos cu cine vreau eu."

Mihnea: „Păi dacă zici că nu le poţi suferi pe fete cum eşti prietenos? Ce, tu vrei să vorbească cu tine dacă tu le faci în tot felul?"

Cristi: „Mie nu-mi place să am prieteni de vârsta mea. Îmi plac cei mai mari."

Terapeut: „Gândeşte-te puţin la ceea ce a spus Mihnea. Tu te vezi ca pe un tip prietenos, dar la şcoală îi pui pe toţi pe fugă. Nu este şi din cauză că şi tu îi respingi şi te porţi urât cu ei?"

Cristi: „Aşa vreau eu să fac. E normal, dacă ăia sunt nişte nesimţiţi."

Mihnea: „Dar poate ai început tu să faci aşa primul."

Cristi: „Au la fiţe în capul lor... Nu mai vreau să vorbesc despre şcoală. Mă enervează."

Terapeut: „Cum ţi se pare diferenţa pe care au sesizat-o colegii din grup între cum te vezi tu şi cum te văd ceilalţi? Eşti mulţumit cu ea?"

Cristi: „Nu-mi place că la şcoală fug de mine. Dar au numai fiţe în cap şi mă alungă de la banca lor."

Pentru că era în contact cu nevoile lui de contact relaţional, i-am propus un joc psihodramatic în care să exerseze alte modalităţi de a comunica cu colegii, mai pozitiv, mai asertiv. Cristi a conştientizat, văzându-se din afară (din rolul de martor) că are un comportament agresiv cu colegii săi de la şcoală. Şi-a asumat partea lui de responsabilitate în respingerea pe care o simte. A exersat noi roluri cu ajutorul colegilor din grup, care l-au ajutat să-şi îmbunătăţească capacitatea de comunicare.

Terapeut: „Cine vrea să urmeze?"

Radu, arătându-şi primul colaj: „Eu mă văd ca pe un om supărat, care se gândeşte tot timpul la necazurile lui, la supărările lui."

Terapeut: „Se gândeşte numai la problemele lui, la cât este de supărat şi de necăjit."

Radu: „Aici mai e unul care stă supărat cu mâinile la cap şi altul care se ascunde în întuneric."

Terapeut: „Se ascunde?"

Radu: „Aşa, în el. Nu prea vorbeşte, că oricum nu-l bagă în seamă nimeni. E supărat şi din cauza asta. E supărat că la el nu e ca la ceilalţi... În primul rând mi-e rău nu pentru că am supărări, pentru că înţeleg că aşa e soarta mea, ci când îi văd pe alţii că le e bine. Mi-e ciudă că eu nu sunt ca ei. Nu am omorât pe nimeni. Eu sunt un om cinstit."

Terapeut: „Ai şi tu dreptul să fii fericit."

Radu: „Da. Am şi eu dreptul să fiu la fel ca ceilalţi. Măcar puţin sub ei, dar nu în halul în care sunt eu."

Terapeut: „Te superi şi mai tare acum."

Radu: „Mă enervez, da!" *(Ridică tonul.)*

Radu avea numeroase elemente depresive, ticuri polimorfe. A fost important ca în terapie să-i dau ocazia să-şi exprime emoţiile reprimate şi mai ales furia. Atunci când s-a ivit ocazia l-am încurajat să lovească, să ridice tonul, să ţipe. El empatiza bine cu Tudor, având cam acelaţi tip de problemă.

Terapeut: „În ce hal eşti tu, Radu?"

Radu: „Nu mi-e bine. Sunt speriat."

Terapeut: „De..."

Radu: „Să nu se întâmple ceva rău."

Cristi, referindu-se la al doilea colaj al lui Radu: „Omul ăla pare fericit. Nu vezi ce bine e îmbrăcat? Nu te văd aşa de speriat."

Radu: „Ceilalţi mă văd ca şi cum n-am nicio problemă, părinţii cel puţin."

Terapeut: „Cum te văd părinţii?"

Radu: „Că arăt bine, sunt fericit. N-am nicio problemă, niciun motiv de supărare. Ei nu prea ştiu de problemele mele."

Terapeut: „Radu, mă uit la fotografia omului supărat şi văd că stă adunat în el, parcă devine una cu problema lui şi nu mai vede nimic altceva în jur."

Radu: „Da. Aşa este."

Terapeut: „Mai poţi vedea şi alte lucruri care te fac fericit dacă te uiţi doar la problemă?"

Radu: „Nu prea."

Terapeutul pune accentul pe externalizarea problemei: „Cum îţi vezi problema din afară? Uită-te la ea. Este expusă pe foaia din faţa ta. Acum nu mai eşti tot una cu problema. Cum o vezi?"

Radu: „Aşa. Aiurea. Supărătoare. Mă deranjează."

Terapeut: „Cum reuşeşte problema asta să te convingă să devii una cu ea?"

Radu: „Îmi amintesc de ea tot timpul."

Terapeut: „Nu te lasă în pace?"

Radu: „Da."

Terapeut: „Ce-ţi spune?"

Radu: „Uită-te. Aştia toţi se simt bine, numai tu nu te simţi aşa."

Terapeut: „Poate şi alţii au momente de supărare. Ai văzut şi aici în grup, nu e nimeni fericit non-stop."

Cristi: „Şi eu sunt supărat non-stop."

Terapeut: „Dar tu arăţi fericit. Uite, Radu, cineva poate văzut ca fiind fericit, dar în interior să fie supărat."

Cristi: „Dar ce? Stau aşa tot timpul ca tâmpitul? Aici sunt vesel şi acasă sunt iarăşi supărat."

Terapeut: „Ce se întâmplă?

Cristi: „Mă pun la lecţii. Pe alţi copii nu-i corectează părinţii tot timpul."

Camelia: „Să ştii că e spre binele tău."

Cristi: „Da, dar mă bat la cap."

Terapeut: „Revenim la Radu. Simţi că ai devenit una cu problema şi nu vezi nicio soluţie de a ieşi din ea. Cum o vezi dacă încerci să te distanţezi puţin de ea?"

Radu tace.

Camelia: „Aşa fac şi eu. Când am o problemă, mă închid singură în cameră şi dau muzica tare şi încep să plâng. Când vine mama nu-i spun nimic. Doar că am ascultat şi eu nişte muzică."

Terapeut: „Nu aveţi impresia că atunci când vă gândiţi aşa de mult la problema voastră, ea devine şi mai mare?"

Camelia: „Da. Aşa se întâmplă."

Radu: „Devin din ce în ce mai nervos."

Terapeut: „Problema ta este expusă în colajul pe care-l ai în față. Ce alegi acum: să te identifici iarăşi cu problema sau să o vezi mai de la distanță?"

Radu: „Să o văd mai de la distanță."

Terapeut: „Cum o vezi acum?"

Radu: „O văd altfel. Nu mă mai chinuie. Nu mai are putere. E închisă pe foaia aia."

Terapeut: „Cine nu-i mai dă putere?"

Radu, responsabilizâdu-se: „Eu nu o mai las."

Terapeut: „Ce-ți spun cei apropiați despre lucrurile de care să fii mulțumit?"

Radu: „Că sunt deştept, dar mi-e lene să gândesc. Dar nu e adevărat. Nu mi-e lene să gândesc. Mă preocupă prea mult problema mea. Mă gândesc prea mult şi nu am timp de altele."

Terapeut: „Deci asta este. O laşi să te copleşească. Tu îi permiți. Ea e doar ca o idee care se infiltrează în mintea ta încet, încet. Dar tu eşti cel ce-i dă prea multă importanță. Erai conştient de asta?"

Radu: „Nu prea."

Terapeut: „Ce ai putea să faci să n-o mai laşi să te copleşească?"

Radu: „Să o rezolv."

Terapeut: „Pe ce ai putea să-ți îndrepți atenția?"

Radu: „Pe ceea ce mă face să mă simt bine. Pe calculatoare."

Terapeut: „Îți propun un joc. Hai să ne imaginăm că eşti în fața unui calculator. Problema ta îți apare sub forma unei imagini pe ecran şi tu poți să operezi pe tastatură pentru a o face din ce în ce mai mică, mai ştearsă, mai neclară."

Radu, zâmbind: „Am băgat-o la coşul de gunoi şi i-am dat şi un virus. Un partener de celulă."

Terapeut: „Cum te-ai simțit în fața tastaturii?"

Radu: „Bine. Stăpân."

Terapeut: „Deci n-a mai fost ea stăpânul tău."

Radu: „Nu."

Terapeut: „Ei, cum ți-e acum?"

Radu: „Mai bine."

Terapeut: „În ce fel te mai te reprezintă colajul?"

Radu: „E departe."

Terapeut: „Ai vrea să găseşti imagini cu care să faci un colaj şi cu alte lucruri care te reprezintă acum?"

Radu, hotărât: „Da."

Externalizarea problemei l-a ajutat pe Radu să se decentreze de pe supărarea sa şi să iasă din rolul de victimă pe care-l joacă adesea. A devenit mai responsabil, asumându-şi găsirea de soluții, mai întâi în plan imaginar (principala sa resursă), pe care să le comute apoi şi în realitate. Detaşându-se a putut să vadă şi alte aspecte care-i creează satisfacții.

Puțin mai târziu, Radu a arătat grupului al treilea colaj care reprezintă cum este el, spunând: „Aici e colecția mea de viruşi. Îi țin ascunşi."

Terapeut: „Nu-i mai foloseşti?"

Radu: „Momentan nu mai am nevoie de ei."

E important să precizez că la începutul întâlnirilor de grup Radu vorbea în mod obsesiv despre viruşii pe care-i creează pe calculator şi pe care-i va trimite colegilor care-l supără pentru a le distruge calculatoarele. Era obsedat de ideea de a se răzbuna pe cei care-l jigniseră, îl respinseseră.

Radu: „Aici este INTEL, cea mai mare firmă de calculatoare din lume. Mi-ar plăcea să fiu aici angajat. Aici e un program. Mi-ar plăcea să fiu programator. Mă pricep la calculatoare. Aici sunt oameni de ştiinţă. Sunt interesat de ştiinţă, de medicină. Îmi place să cunosc tot ce se descoperă nou."

Terapeutul către grup: „Cum vi se pare că vorbeşte Radu acum, cu ce ton, faţă de modul cum vorbea la prima planşă?"

Camelia: „Vorbeşte mai tare."

Radu: „Aşa este."

Terapeut: „Şi corpul tău stătea înainte mai gârbovit, mai aplecat."

Radu: „După ce am micşorat supărarea m-am îndreptat, m-am simţit mai bine."

Terapeut: „Ai văzut câte pasiuni ai? Şi tonul tău e altul."

Tudor: „Vorbeşti mai repede. Parcă ai fi un alt om."

Terapeut: „Tu ai realizat asta. Te-ai concentrat pe pasiunile tale."

Radu: „Vreau să fac aceste lucruri."

Terapeut: „Ce reprezintă celelalte imagini din colaj?"

Radu: „Mi-ar plăcea să fiu un om celebru, cum ar fi Bush – să cunosc secrete, să conduc. Sau să fiu afacerist."

Terapeut: „Să ai putere."

Radu: „Da. Şi mi-ar plăcea să am o prietenă cu care să vorbesc, să mă înţeleg bine şi mi-ar plăcea să lucrez în domeniul calculatoarelor."

Terapeut: „Simţi că poţi realiza aceste lucruri?"

Radu: „Da."

Terapeut: „Când vrei să le realizezi?"

Radu: „În timp."

Terapeut: „Ce depinde de tine pentru a le realiza?"

Radu: „Să vreau mult şi să fac tot posibilul, tot ce-mi stă în putere."

Terapeut: „Haideţi să-i urăm succes lui Radu pentru a-şi îndeplini visele!"

Grupul, în cor: „Succes!"

Radu nu se mai identifica în final cu supărarea lui şi şi-a activat şi alte aspecte ale conceptului de Sine: aspiraţiile, rolurile dorite, interesele. Aceasta i-a întărit Eul, lucru observat de către colegi mai ales prin schimbările de la nivel non-verbal.

c) Tehnica Măştile – exerciţiu expresiv de desen şi dramatizare (adaptat după Marian Liebmann, 1986)

Am urmărit cu ajutorul acestui exerciţiu abordarea polarităţii „Eul real – Eul ideal", cu scopul de a descoperi dacă există incongruenţe între ele şi, dacă da, să-i ajut pe adolescenţi să-şi apropie idealul de realitatea lor prezentă. E cunoscut faptul că acest tip de incongruenţă conduce la disfuncţii la nivelul Eului.

Consemn: „Fiecare să se gândească şi să deseneze pe o foaie de hârtie o faţă care reprezintă cum este el în realitate şi pe o altă foaie o faţă care reprezintă cum ar vrea să fie, o faţă ideală... Fiecare îşi prezintă acum feţele intr-un mod mai special. Îşi

pune pe rând fiecare desen în dreptul feţei sale, ca pe o mască, şi vorbeşte din rolul respectivului personaj."

Adolescenţii şi-au prezentat iniţial cele două roluri şi apoi au iniţiat un dialog între cele două aspecte ale lor: Eul real şi Eul Ideal, folosind tehnica scaunului gol. Redau consemnările efectelor acestui joc în cazul Oanei, o adolescentă cu o mare anxietate socială.

Cu masca actuală în dreptul feţei a spus că aşa este atunci când se simte posacă, pesimistă, când se ascunde într-o carapace *(mecanism de apărare de care a vorbit şi cu altă ocazie)* şi nimeni nu ajunge la ea. Faţa dorită, care-i place, o are atunci când visează că se pricepe să facă o serie de lucruri şi pe care şi-o vede atunci când este optimistă, are încredere în sine, e mulţumită de sine.

Din dialogul personajelor ce poartă cele două feţe a reieşit că în rolul actual îşi pune carapacea pentru a se proteja, dar această carapace o desparte atât de ceilalţi, cât şi ea însăşi, se închide în ea însăşi. Când joacă rolul dorit se simte liberă şi spune că vrea să o ajute pe partea din ea care stă în carapace să se deschidă. Găseşte că are nevoie să joace acest rol pentru a se putea adapta în relaţiile cu cei de vârsta ei. A urmat un dialog mai lung în care a argumentat poziţia fiecărui rol personal: Cel Actual şi Cel Dorit. Apoi i-am sugerat să fie într-un rol neutru, de martor la dialogul care s-a purtat între cele două personaje – aspecte ale ei, şi să-şi spună ce impresie şi-a făcut. A fost de părere că acest dialog le-a ajutat pe cele două aspecte ale Eului ei să-şi spună fiecare în parte părerea, să vorbească între ele şi ceea ce înainte „părea un divorţ, acum seamănă a reconciliere." La sfârşit a spus că se simte mai bine, mai eliberată. A înţeles care este rolul fiecăruia în viaţa sa şi faptul că se completează una pe cealaltă.

d) Metoda Photolangage, tema *Ce mi-aş dori să fiu* şi *Ce nu mi-aş dori să fiu* (după Claudine Vacheret, 2000)

Metoda Photolangaje este constituită dintr-un număr de dosare ce conţin 48 de fotografii grupate pe teme. Alegerea fotografiilor după anumite cerinţe încurajează comunicarea membrilor unui grup. Am ales setul centrat pe proiecte de viitor.

Consemn: „Am să vă rog ca fiecare dintre voi să se gândească la ceea ce i-ar plăcea să se întâmple cu el în viitor şi ceea ce nu i-ar plăcea să se întâmple în niciun caz. O să vă arăt nişte fotografii. Vă rog să le priviţi şi să alegeţi o imagine care se potriveşte pentru ceea ce v-ar plăcea să se întâmple şi una pentru ceea ce nu v-ar plăcea. Când v-aţi hotărât, luaţi imaginile... Apoi vă rog să vă arătaţi imaginile şi să spuneţi ce reprezintă ele pentru voi. Colegii vor spune ce văd ei în acele imagini."

Tudor: „Am ales pentru ce mi-ar plăcea două imagini. Prima. Acest personaj pentru mine este cineva ce a renunţat la lume. Sunt mulţi care au renunţat la ei ca să fie în ton cu lumea. Şi poza asta reprezintă o persoană înţeleaptă. Înţelepciunea ne ajută pe noi înşine să evoluăm şi când ajunge cineva la acest nivel poate să-i ajute şi pe ceilalţi să ajungă la acelaşi nivel."

Terapeut: „Voi ce vedeţi?"

Andreea: „Mie mi se pare că e o mumie. Uitaţi-vă ce mâini are, i se văd oasele."

Radu: „Văd un om împăcat cu viaţa şi mai ales cu moartea. Nu se teme de moarte. Nu ştiu cine a spus că cel mai important este ca omul să fie împăcat cu moartea.

cu viaţa, să fie împăcat cu Dumnezeu şi cu cei din jur. Şi pentru acest om nu este importantă bogăţia materială, ci înţelepciunea şi bogăţia spirituală."

Monica: „Mi se pare că are o mare putere de concentrare şi are o atitudine diferită de restul lumii. Îmi dă totuşi impresia de singurătate, dar de singurătate în această lume. Parcă e într-o altă lume, necunoscută nouă."

Mihnea: „Mi se pare că e cam fraier. Din poziţia în care stă nu mi se pare deloc inteligent."

Terapeut: „Ce anume din poziţia lui îţi spune că e cam fraier?"

Mihnea: „Felul de a se îmbrăca."

Andreea: „Păi dacă ăsta e felul lui de a se îmbrăca? Tu de ce îţi pui blugi pe tine şi pulover?"

Cristi: „Face yoga sau meditaţie."

Tudor: „A doua imagine: libertate şi fericire."

Andreea: „Ce n-aş da să fiu şi eu aşa. Să nu-mi pese de nimeni şi de nimic."

Radu: „Mi se pare o femeie care este liberă şi are un motiv pentru care se bucură."

Monica: „E o persoană foare apropiată de natură."

Mihnea: „E o persoană care se aruncă de pe bloc."

Cristi: „E liberă şi fericită."

Tudor: „Aceasta este poza pentru ce nu mi-ar plăcea. Aici sunt crengi, rădăcini. Ăsta sunt eu: un om destul de aerian şi faptul de a prinde rădăcini, de a mă intersecta cu lumea, de a mă încâlci, pentru mine ar fi o constrângere destul de brutală. Nu mi-ar plăcea să ajung să nu mai ies din aceste rădăcini, crengi."

Radu: „Parcă sunt cabluri de reţea. Îmi dă sentimentul de a fi strâns, de a fi încâlcit în ceva."

Monica: „Mi se pare opusă de cea de dinainte care era liberă, solară. Aici e apăsare, întuneric."

Mihnea: „Mi se par nişte crengi, rădăcini. Nişte încurcături."

Cristi: „Un creier care a gândit prea mult."

Radu: „Poza cu ce aş vrea arată un om care să aibă pe toţi prietenii în jurul lui. Să aibă un grup foarte mare de prieteni, să vorbească, să fie în centrul atenţiei."

Tudor: „Mi se pare că sunt împreună, dar tot separaţi unul de altul. Eu m-aş feri de un astfel de grup. Faptul că ăştia stau cu spatele la ceilalţi nu-mi dă impresia de siguranţă."

Cristi: „Văd un grup de oameni care vorbesc. Sunt prieteni."

Mihnea: „Mi se pare că doi se ceartă şi apoi se bat."

Monica: „Eu zic că sunt mai multe grupuri, bisericuţe, dar care au ceva în comun: vârsta, vestimentaţia, preocupările, sunt la aceeaşi cafenea. Aşa este şi în realitate."

Tudor: „Dacă ar fi să mă pun eu în locul unuia, aş fi cel singur."

Monica: „Dar pentru tine cum ar fi grupul ideal: ca toată lumea să stea în cerc, ţinându-se de mână?"

Tudor: „Felul acesta de unitate aduce cu crengile. Tot te strâng..."

Terapeut: „Cum nu ţi-ar plăcea să ajungi, Radu?"

Radu: „Singur în întuneric, izolat. Să nu mai vorbesc cu nimeni. Mi-e frică de singurătate."

Mihnea: „Tot aşa."

Monica: „Văd ca şi cum ar fi două planuri. Planul luminii şi planul întunericului. Personajul stă în planul întunericului, ceea ce poate fi un dezavantaj. Dar poate fi şi într-o situaţie de izolare pentru meditaţie."

Tudor: „E mai mult aici izolarea voluntară. Parcă preferă să rămână într-un loc care e izolat. Are acces la lume, dar refuză."

Cristi: „În poza mea e un băiat care desenează graffiti. Vreau să ajung grafician."

Tudor: „Eu văd pe cineva care munceşte să realizeze ceva. Durează mult să faci o grafică."

Radu: „E cineva care vrea să se exprime cumva: ori face ceva, o operă de artă, ori e angajat la o firmă şi face publicitate."

Monica: „E clar un artist. Cineva foarte pasionat, care alocă tot timpul lui liber pentru a crea. Eu am mulţi prieteni care fac graffiti."

Cristi: „Aici este ce nu vreau: om luat de poliţişti. Nu vreau să mi se ia libertatea. El a făcut un protest şi a fost arestat, nu a fost lăsat."

Terapeut: „Înţeleg că nu doreşti să fii blocat să ai părerile tale."

Cristi: „Da."

Tudor: „Eu văd pe cineva care a greşit şi a fost luat prin surprindere de această privare de libertate."

Radu: „Un om care a participat la un protest la ceva şi poate e chiar conducătorul protestului şi i-a fost luată libertatea."

Monica: „E tot un fel de cenzură."

Mihnea: „Seamănă cu un infractor."

Mihnea: „Aici e prima mea poză. Mi-ar plăcea să devin pictor. De fapt mi-ar plăcea fotbalist, dar n-am găsit planşa potrivită. Băiatul ăsta se uită la camera de filmat."

Cristi: „Un om fericit."

Radu: „Pare un fotbalist mândru de ceva, că a realizat ceva."

Monica: „Eu cred că are o relaţie specială cu cel care a făcut poza. Are o privire de apreciere."

Mihnea: „Nu mi-ar plăcea să devin ţăran. E o prostie să ai casă la ţară."

Cristi: „Eu văd pe cineva care munceşte din greu ca să-şi câştige pâinea."

Tudor: „Mie mi se par nişte ţărani chinezi care muncesc din greu ca să-şi câştige existenţa."

Radu: „Strâng orezul pentru un restaurant chinezesc."

Monica: „Prima mea planşă arată nişte linii de tren, care-mi dau impresia de căi de acces, perspective şi bogăţie spirituală. Mie îmi place foarte mult să călătoresc."

Radu: „Sunt o mulţime de căi, foarte multe căi. Poate să schimbe căile şi pe una tot va ajunge la capăt."

Tudor: „În aceeaşi gară îşi au originea foarte multe opţiuni ce-şi au originea în acelaşi loc, dar locurile de destinaţie pot fi diferite, dar majoritatea foarte plăcute."

Cristi: „Ca nişte drumuri prin viaţă."

Mihnea: „Nişte linii pe care merge tranvaiul."

Monica: „Ce nu aş vrea să fiu e reprezentat de această fată. Mi se pare ceva foarte închis şi poziţia mâinilor şi poziţia supusă. E foarte singură."

Radu: „Parcă este bolnavă, nu prea aude. Parcă are un aparat auditiv, ochelari. Mi se pare singură. Se teme de ceva."

Tudor: „O fată care suferă de anumite dezavantaje fizice, dar şi ea stă în această stare într-un fel."

Mihnea: „Îi e frică de ceva."

Terapeut: „Cu ajutorul fotografiilor aţi putut comunica ceva important pentru voi şi aţi avut ocazia să primiţi şi alte perspective asupra fotografiilor alese de voi. Unii colegi au perceput fotografia ca şi voi, alţii diferit. Vă rog să vă spuneţi unii altora, pe rând, ce din voi aţi descoperit că se regăseşte şi în ceilalţi. Puteţi să vă ridicaţi şi cineva intră în centru şi se opreşte în dreptul fiecărui coleg ca în faţa unei oglinzi şi spune ce din el vede în respectiva oglindă, apoi merge mai departe până trece prin faţa tuturor. Apoi intră altcineva în centru şi tot aşa."

Radu: „În tine, Tudor, văd înţelepciunea pe care o am şi eu, în tine, Cristi, văd teama mea de a nu-mi fi luată libertatea de exprimare, în tine, Monica, teama de singurătate, de a nu fii izolat, în tine, Mihnea, nevoia de a mă răzbuna pe cei care mi-au făcut rău..."

Monica: „În tine, Tudor, văd nevoia mea de cunoaştere, în tine, Cristi, o nevoie de libertate pe care o am şi eu şi o oarecare reţinere, în tine, Mihnea, nevoia mea de a fi apreciată şi în tine, Radu, puterea mea de a trece peste obstacole..."

Mihnea: „În tine, Tudor, văd înţelepciune şi dorinţa de a asculta părerea celorlalţi, în tine, Cristi, dorinţa de a face graffiti, în tine, Radu, dorinţa de a juca jocuri pe calculator, în tine, Monica, văd teama de singurătate pe care o am şi eu..."

Cristi: „În tine, Tudor, văd multă înţelepciune, în tine, Radu, pasiunea pentru calculator, în tine, Mihnea, plăcerea de a face grafică, în tine, Monica, tot înţelepciune..."

Tudor: „În tine, Monica, văd aceeaşi maturitate, în tine, Radu, mă văd eu acum doi-trei ani cum eram izolat la şcoală, în tine, Mihnea, văd aceeaşi doză de nebunie pe care o am şi eu, în tine, Cristi, aceeaşi singurătate de care amândoi dorim să scăpăm..."

În afară de faptul că şi-au putut exprima mai uşor dorinţele şi temerile cu ajutorul fotografiilor, adolescenţii au fost încântaţi să-şi găsească aspecte prin care se aseamănă unii cu alţii. De asemenea, s-au confruntat cu faptul că aceeaşi realitate poate fi percepută în mod diferit de persoane diferite şi acest lucru le poate îmbogăţi propria perspectivă asupra vieţii.

e) Tot pentru explorarea aspiraţiilor am propus într-o altă întâlnire un **exerciţiu de vizualizare şi dramatizare – Visul existenţial**

Consemn: „Vă propun să vă imaginaţi că aţi fi o altă persoană şi aţi trăi în alte timpuri. Cine aţi vrea să fiţi? Puteţi avea orice vârstă, orice sex, puteţi arăta oricum... Pentru o anumită perioadă de timp vă imaginaţi că puteţi deveni acea persoană. Pe rând vă prezentaţi."

Intrând în rolul respectivului personaj, fiecare adolescent a specificat ce l-a făcut să-l aleagă în acel fel. S-au pus în evidenţă dorinţele, nevoile personale, frustările din prezent. Apoi, fiecare din rolul personajului ales a transmis câte un mesaj celui care era el în realitate. Mesajul consta în ce ar avea nevoie persoana din prezent pentru a ajunge ca şi personajul dorit, cu alte cuvinte strategia de realizare a visului. Astfel, prin dramatizare, din planul dorinţei s-a trecut la planul acţiunii concrete.

f) **Crearea Blazonului personal**, cu scopul identificării caracteristicilor mai importante prin care se definesc dimensiunile centrale ale conceptului de Sine

Consemn: „Fiecare vă rog să vă gândiți la un blazon personal. Adică un simbol personal care reprezintă trăsăturile voastre cu care ați vrea să fiți cunoscuți de către ceilalți. Acest lucru îl veți reprezenta prin desen sau modela din plastilină... Acum vă veți prezenta blazoanele grupului."

După ce și-au arătat blazoanele, adolescenții au fost întrebați cine le-ar plăcea să le cunoască aceste calități. Cum le pot folosi în realitate? Cum pot să se facă cunoscuți celorlalți prin blazonul lor? Au fost ajutați să-și construiască o identitate clar definită în grupurile din care aparțin.

3.3.3.3. Stimularea Eului Adaptativ

a) **Desen metaforic: Rezolvarea problemei personale (adaptat după J. Mills și R. Crowley, 1986)**

Scopul acestui exercițiu provocativ a fost ca fiecare adolescent să se concentreze pe o problemă, o dificultate din viața lui pe care vroia să o rezolve, apoi să-și stabilească un obiectiv clar de atins și drumul pe care-l avea de parcurs până acolo. Pașii rezolvării depindeau de obstacolele de pe drum și de găsirea resurselelor pe care le putea folosi pentru a îndepărta aceste obstacole. Prin acest demers, adolescenții și-au asumat responsabilitatea pentru rezolvarea problemelor cu care se confruntau și au descoperit că au resurse și strategii adaptative.

Consemn: „Vă rog să vă gândiți la o problemă pe care o aveți acum, ceva care vă deranjează și ați vrea să depășiți, să rezolvați. În colțul din stânga jos al foii de hârtie pe care o aveți în fața voastră faceți un desen al problemei voastre. Poate avea orice formă. Poate fi un desen mai concret sau mai abstract. Important este ca voi să-l găsiți reprezentativ pentru problema voastră... Acum vă gândiți cum ar arăta rezolvarea problemei, soluția. În partea din dreapta sus a foii voaste faceți un desen al aceste soluții... Acum priviți-vă foaia de hârtie și imaginați-vă cum arată drumul care duce de la problemă la rezolvare. Este mai direct sau mai sinuos? Fiecare are propria sa imagine a acestui drum, pe care vă invit să-l desenați pe foaie. Foarte bine... Deja lucrurile încep să prindă contur, ca într-o poveste. Am plecat de la ideea problemei și, dacă există problema, înseamnă că sunt niște obstacole care stau în calea rezolvării ei. Gândiți-vă care sunt aceste obstacole pentru voi și desenați-le pe drum... Când ați terminat, gândiți-vă de ce ați avea nevoie pentru a depăși fiecare obstacol și desenați în dreptul fiecărui obstacol ajutorul de care aveți nevoie... Acum fiecare își privește foaia și observă ce poveste i se derulează în fața ochilor. Cine vrea să ne spună povestea lui?"

Andreea: „Problema mea sunt certurile cu mama. Ne certăm din orice. Aseară am sunat și a zis să nu mă mai opresc pe la Teo în timpul săptămânii că eu de la școală treceam pe la el. În ultimele trei săptămâni nu prea am mai stat pe acasă... Și aseară am sunat că întârzii puțin că mă duc la el și a zis că iar îmi fac de cap și aseară a trebuit să stau să învăț până noaptea. Am învățat și asta e."

Terapeut: „Deci problema ar fi certurile pe care le ai cu mama ta."

Andreea: „Da, și de la ea pornesc toate și mă cert aiurea și cu tata."

Terapeut: „Şi certurile pornesc de la faptul că nu te lasă să iei hotărâri de una singură."

Andreea: „Da. Nu o să ia hotărâri toată viaţa în locul meu. Tata îmi zice de ce nu le spun înainte să merg într-un loc şi nu le cer voie. Eu deja am început să nu le mai cer bani, să nu mai depind de ei."

Renata: „Aşa făcea şi mama. Când îi ziceam că vreau să mă duc undeva mă trezeam că nu mă lasă. Şi din cauza asta o punem în faţa faptului împlinit."

Terapeut: „Dar soluţia în ce constă? Observ că ai desenat o steluţă."

Andreea: „Răbdarea. Nu ştiu. Nici mie nu-mi place când ţipă mama la mine, când ridică tonul. Nu neapărat că ţipă, aşa mi se pare mie. Nu am răbdare cu ea. Încep şi eu. Ţipăm una la alta. Până la urmă ea trebuie să plece din cameră sau o las să vorbească, dau drumul la muzică."

Terapeut: „Rezolvarea ar consta în..."

Andreea: „Să am mai multă răbdare. Să încerc să gândesc... De obicei ţipăm una la alta. Închid uşa şi ea ţipă pe partea cealaltă. Eu dau drumul la muzică şi n-o mai aud. Poate să vorbească până mâine."

Terapeut: „E vorba de impulsivitatea ta."

Andreea: „Da."

Terapeut: „Ai încercat uneori să te gândeşti înainte de a spune ce ai de spus?"

Andreea: „Nu. De obicei vorbesc şi e prea târziu după aia."

Terapeut: „Dar înţeleg că ţi-ai propus să faci asta. La ce te-ar ajuta?"

Andreea: „Poate că nu ne-am mai certa aşa."

Renata: „Ai încercat să fii mai deschisă cu ea, să respectaţi amândouă anumite reguli?... Aşa aveam şi eu înainte probleme cu mama, ne certam până nu o mai suportam. Am încercat să fiu mai deschisă cu ea, să o înţeleg mai bine şi să mă înţeleagă şi ea. A fost o perioadă când tata a fost plecat şi mama, pentru că mă credea mai matură decât eram, mi-a acordat mai multă libertate, să iau eu de una singură decizii... Şi a greşit aici şi şi-a dat şi ea seama. Acum am învăţat să accept că nu-mi mai poate acorda libertatea aia pe care mi-a acordat-o odată."

Terapeut: „Ţi-a acordat la un moment dat prea multă libertate..."

Renata: „Da, şi din cauza aia am început s-o iau pe căi greşite. Am început cu anturajele... Şi am început unele lucruri la o vârstă prea fragedă."

Terapeut: „Ce te face să spui că mama ta a greşit?"

Renata: „Pentru că dacă nu-mi acorda libertate la vârsta aia, care era totuşi o vârstă fragedă – 13 ani, probabil că acum eram un copil normal."

Terapeut: „Revenind la tine, Andreea, ce obstacole întâlneşti pe drumul rezolvării problemei tale?"

Andreea: „Obstacolele suntem eu cu mama, că niciuna nu lăsăm de la noi şi nu încercăm să ne înţelegem... Mama lasă, lasă, şi pe urmă zice că de ce numai ea să lase de la ea. O să încerc să fiu mai deschisă cu ea."

Renata: „Când mama îmi dădea prea multă libertate am început să am probleme în relaţia cu ea, să-i spun că nu o mai suport, să ţipăm una la alta. Şi când mi-am dat seama ce probleme am, am început să vorbesc cu ea, să fiu mai deschisă şi cu ea."

Renata joacă rol de Alter Ego pentru Andreea în aceste momente. Vorbind despre situaţia ei, o ajută pe Andreea să-şi exprime mai bine dificultăţile, îi oferă

alternative de relaționare. De obicei Andreea afișa o atitudine teribilistă în grup, lucra superficial, neasumându-și problemele. Oglindirea în problemele Renatei a ajutat-o să se centreze mai bine pe ceea ce o deranjează și a gândit soluții la conflictul cu mama ei.

Andreea: „Ca ajutor ar fi răbdarea. Să avem amândouă răbdare. Să încercăm să înțelegem anumite chestii."

Terapeut: „Ce obstacole mai sunt?"

Andreea: „Comportamentul. Mă enervez repede și țip."

Terapeut: „Mai este altul?"

Andreea: „Ambiția. Nici eu nu las de la mine pentru că nu-mi place să fiu mai prejos."

Terapeut: „Iar ajutoarele?"

Andreea: „Singurul ajutor ar fi răbdarea. Răbdarea mea mai ales."

Își asumă responsabilitatea ei în rezolvarea conflictelor de acasă.

Terapeut: „Îți propun să-ți imaginezi pentru câteva minute că ești mama ta. Adu-ți aminte ultima altercație dintre voi și încearcă să vezi totul prin ochii ei."

Îi propun astfel să se transpună imaginativ în rolul mamei sale, să empatizeze cu ea.

„Ce ai aflat despre mama ta?"

Andreea: „Chiar dacă mă cert foarte des cu ea cred că e singura din casă care-mi oferă puțin mai multă libertate și uneori mă înțelege mai mult decât tata, pentru că el e bărbat și nu poate să înțeleagă anumite lucruri. Cred că își dorește să se înțeleagă mult mai bine cu mine, dar uneori nu înțelege că prin atitudinea ei nu face decât să mă îndepărteze și mai mult de ea. Știu că uneori încearcă din răsputeri acest lucru, dar eu, fiind mai rebelă, îmi place să fac totul singură... Într-o oarecare măsură și eu mă fac vinovată de disputele dintre noi..."

Terapeut: „Ce ai putea face concret ca să vă înțelegeți mai bine?"

Andreea: „Să-i spun ce nu-mi place la ea, ce nu-mi convine. Și ea să-mi zică la fel mie."

Terapeut: „Cum ar fi relația voastră în mod concret atunci când o să vă înțelegeți bine una cu cealaltă? Ce ai face tu? Ce ar face ea?"

Andreea: „Eu nu aș mai face lucrurile care nu-i plac și ea lucrurile care nu-mi plac mie."

Terapeut: „Îți urez succes să pui cu folos în practică ce ai înțeles despre relația voastră astăzi. Ne spui data viitoare cum a mers."

Andreea: „Da. O să încerc să mă schimb puțin, puțin."

Ca acțiune concretă, Andreea și-a propus să facă împreună cu mama ei câte o listă cu lucrurile care le plac și care nu le plac în comportamentul celeilalte și să țină cont de aceasta în relația lor.

b) Exercițiu de mișcare și vizualizare: Mersul cu obstacole și metafora zidului (adaptat după Iolanda Mitrofan, 1996)

Consemn: „Începeți să mergeți prin spațiul camerei, fiind atenți la ce se întâmplă în interiorul vostru chiar acum. Ce senzații aveți în corpul vostru, ce stări emoționale trăiți, ce gânduri vă trec prin cap... Focalizați-vă acum mintea pe tălpile voastre, pe modul cum greutatea corpului este susținută când de un picior, când de altul. Fiți curioși cum este mersul vostru astăzi. Cum se mișcă picioarele, cum țineți mâinile, capul, spatele, unde priviți... Acum imaginați-vă că mergeți pe un nisip fierbinte. Ce se întâmplă cu voi,

cum se modifică mersul vostru?... Acum mergeţi pe gheaţă. Cum se schimbă mersul vostru?... Acum sunteţi pe nisipuri mişcătoare. Ce s-a petrecut cu voi? Cum vă descurcaţi să mergeţi mai departe?... Acum fiecare îşi imaginează că în faţa lui pe drum a apărut un zid. Cum arată? Din ce este făcut? Ce vă vine să faceţi în faţa zidului? Fiecare arată ce face, ca şi cum zidul ar fi chiar acum şi aici în faţa sa... Cine vrea să ne vorbească despre zidul lui?"

Ada: „Eu mă sprijin de zid. Nu fac nimic."

Terapeut: „Ce este dincolo de zid?"

Ada: „Dincolo mă aşteaptă tot un zid. Sunt numai ziduri."

Terapeut: „Ce trăieşti când te gândeşti la ele?"

Ada: „Că e prea greu. Nu are rost să fac nimic."

Ada are o stare depresivă de câteva luni, de dinainte să-şi dea bacalaureatul. Pentru că nu a reuşit să se pregătească, nu s-a prezentat la unele probe şi în consecinţă a picat examenul.

Terapeut: „Ce ai spera să fie dincolo de ziduri, ce ai spera să găseşti?"

Ada: „Să-mi revin. Să pot să iau examenul."

Terapeut: „Hai să cunoaştem pe rând fiecare dintre aceste ziduri."

Am dramatizat cu Ada întâlnirea cu fiecare zid. Ea a putut identifica astfel, cu ajutorul terapeutului şi colegilor de grup, ce se ascundea în fiecare obstacol.

Primul reprezenta teama de eşec. Şi-a dat seama că un nou eşec i-ar afecta imaginea de sine, ar observa că nu este în stare de mai multe, deşi ea crede că poate mai mult. A conştientizat că se învârte într-un cerc vicios. Prefera să nu mai încerce nimic din ceea ce presupunea pregătirea pentru examen ca să nu se confrunte cu eşecul. Chiar dacă eşua, cel puţin ar fi ştiut că nu a învăţat suficient. Era un mod fragil de protejare a stimei de sine.

În al doilea zid a identificat exigenţele profesorilor de la meditaţie. Ada avea credinţa că ei se aşteaptă la mai mult de la ea şi-i va dezamăgi dacă nu ştie să răspundă suficient de bine. În consecinţă nu se mai prezenta la ore, evitând confruntarea.

Criza de timp întruchipa un alt zid. Îi era teamă că nu-i va ajunge timpul pentru tot cât avea de învăţat. Vroia să înveţe totul perfect. Dacă nu se întâmpla aşa, prefera să nu înveţe nimic.

Ada şi-a clarificat aceste obstacole şi a conştientizat că principalele strategii pe care le folosea erau fuga şi evitarea, care nu o făceau să se simtă mai bine. În continuare am ajutat-o să vadă lucrurile şi dintr-o altă perspectivă şi să-şi găsească strategii de depăşire a blocajelor. Şi-a făcut un plan de confruntare cu fiecare zid. Au ajutat-o şi colegii, vorbind despre strategiile pe care le folosesc ei în situaţii de acest tip.

Terapeut: „Ce ai învăţat din această experienţă?"

Ada: „Să nu mă mai las invadată de nelinişti. Să iau temerile una câte una şi să găsesc soluţii de rezolvare."

Terapeut: „Care sunt calităţile tale care te ajută să depăşeşti aceste obstacole?"

Ada: „Capacitatea de a învăţa şi încrederea că pot să intru la facultate."

Ceea ce-i lipsea Adei era voinţa. Lucru care s-a văzut într-o altă întâlnire, când au lucrat un experiment confruntativ:

c) **Exercițiu psihodramatic – Repetiția lineară (adaptat după Eva Leventon, 1992)**

Scopul este de a identifica nivelul de afirmativitate şi autonomie, ce strategii folosesc atunci când li se pun limite sau nu sunt susținuți în acțiunile lor.

Consemn: „Vă împărțiți pe perechi şi vă alegeți rolurile: unul o să fie A şi celălalt B. În prima etapă A spune *Da* şi B răspunde *Nu*. Replicile pot fi spuse cu diferite intonații ale vocii, încercând să vă convingeți partenerul. Observați ce se întâmplă în interiorul vostru când spuneți Da sau Nu... Apoi schimbați rolurile: cine a spus Da spune acum Nu şi invers. Ce vă vine mai uşor să spuneți?... Împărtăşiți între voi pe perechi experiența avută. Acum schimbați partenerul şi spuneți pe rând repricile: *Eu vreau asta – Nu o poți avea*, cu diferite stări emoționale. Observați ce se întâmplă în interiorul vostru. Ce simțiți când vă afirmați voința şi sunteți refuzați? Dar când îl refuzați voi pe celălalt? Ce imagini sau amintiri vă vin în minte?... Foarte bine. Schimbați rolurile... Discutați între voi despre ce ați trăit în timpul jocului... Acum alegeți-vă alți parteneri şi unul din pereche spune *Pot să fac asta* şi celălalt îi răspunde cu *Ba nu, nu poți*... Observați ce se întâmplă şi de data aceasta în interiorul vostru. Ce stări emoționale trăiți, ce imagini vă trec prin minte acum?... Schimbați rolurile şi testați cum vă este acum din cealaltă perspectivă... Împărtăşiți-vă experiența..."

Terapeutul către Ada: „Care dintre replici ți-au fost mai familiare?"

Ada: „Când ziceam Da şi Nu se poate. Atunci simțeam că e starea mea de normalitate."

Terapeut: „În general, atunci când vrei ceva ți se răspunde prin Nu se poate?"

Ada: „Da, dar nu neapărat de la părinți. Ei în general îmi spun că se poate mai mult decât mine. Nu se poate vine de la lucrurile pe care mi le impun eu."

Terapeut: „În tine simți lupta aceasta între Vreau şi Nu se poate."

Ada: „Da, şi cel mai greu mi-a fost să spun Nu, dar o să mă obişnuiesc până la urmă."

Terapeut: „Care este dezavantajul faptului că nu ştii să spui Nu?"

Ada: „Eu ies în pierdere, asta e clar."

Terapeut: „Ce te împiedică să spui Nu?"

Ada: „Nu ştiu. Bănuiesc că într-o discuție, când trebuie să iau o hotărâre şi mai e şi altcineva implicat, voința lui e mai mare decât a mea. Se simte un anumit raport de forțe şi eu nu sunt foarte puternică în general."

Terapeut: „Simți că celălalt se afirmă mai mult şi tu te retragi."

Ada: „Da."

Terapeut: „Şi cum rămâne cu lucrul pe care vrei tu să-l faci?"

Ada: „Eu vreau să fac un lucru, dar pe de altă parte nu țin foarte mult la ceea ce vreau să fac, nu țin prea mult la deciziile mele. Şi dacă persoana cealaltă este destul de insistentă, mă convinge."

Terapeut: „Cine crede că a înțeles cum îi este Adei în situația acesta poate să spună."

Matei: „Eşti ca un fel de salcie. Cum bate vântul, aşa te îndrepți şi tu. Într-un fel, prea slabă. Dacă nu ai mai multă încredere în tine nu poți să spui Nu şi să-ți impui punctul de vedere..."

Ada: „Dar asta e. Eu nu pot să-mi impun punctul de vedere."

Matei: „Într-o zi o să ai de suferit."

Ada: „După cum spuneam, nu fac ceea ce aş vrea eu să fac... Pe de altă parte, poate nu e prea rău că nu fac ceea ce vreau eu să fac şi accept ceea ce-mi spun ceilalţi. Cunosc şi alte perspective. Încerc să am şi alte perspective. Încerc să fiu cât mai deschisă şi să nu am idei preconcepute."

Terapeut: „La un moment dat poate exista riscul să nu mai faci nimic din ceea ce-ţi doreşti tu."

Ada: „Da."

Terapeut: „Dar tu care crezi că sunt nevoile tale acum?"

Ada: „Păi eu cred că mi-aş dori o relaţie bună şi stabilă cu mine. Asta ar fii ceea ce-mi doresc."

A reieşit că Ada era foarte confuză, conflictuală. Părea să aibă o imagine de sine vagă, stimă de sine foarte scăzută. Au fost necesare şi întâlniri individuale în paralel cu cele de grup pentru a se clarifica mai bine cu cine este ea, ce poate şi ce vrea să facă.

3.3.3.4. Stimularea Eului Social

a) Dansul creionului – mişcare pe muzică (adaptat dupa A. Moreau, 1999)

Scopul este de a se pune în evidenţă rolul şi modul de comunicare dintr-o relaţie.

Consemn: „Alegeţi-vă un partener. Dau fiecărui cuplu un creion pe care să-l susţineţi cu degetul arătător de la mâna dominantă. Creionul reprezintă relaţia dintre voi. Începeţi să vă mişcaţi pe muzică, privindu-vă partenerul şi având grijă să nu vă cadă creionul. Atunci când totuşi va cădea, vă retrageţi la locurile voastre şi vă împărtăşiţi impresiile despre modul în care a funcţionat relaţia voastră. Ce rol aţi avut? Ce s-a întâmplat de a căzut creionul?... Apoi schimbaţi partenerul şi lăsaţi să înceapă şi să se deruleze o nouă relaţie, continuând să vă mişcaţi pe muzică... Ideal este să lucraţi fiecare cu cel puţin trei parteneri... Acum vă rog pe fiecare dintre voi să vorbească despre experienţa pe care a avut-o cu partenerii lui. De ce a căzut creionul? Din cauza voastră sau a colegului? Poate aţi făcut un pas mai amplu şi colegului i-a fost greu să vă urmărească. Sau poate v-a fost teamă să faceţi o anumită mişcare... Aţi observat dacă s-a schimbat ceva în modul vostru de relaţionare pe măsură ce aţi schimbat partenerii?... În ce fel modul vostru de interacţiune cu colegii de grup se aseamănă cu modul vostru obişnuit de relaţionare cu alte persoane din viaţa voastră?"

Bogdan: „Totul a fost ca o reducere la o scară mai mică. E ca o schemă simplificată a unei relaţii."

Terapeut: „Ce ai observat tu despre modul în care ai iniţiat şi ai..."

Bogdan: „De multe ori aveam probleme în momentul în care trebuia să ridic mâna. Încercam s-o ridic în sus şi nu observam că celălalt îşi ducea mâna în jos şi atunci cădea creionul."

Terapeut: „Legi asta cu ceva?"

Bogdan: „Da. Când încerc să schimb ceva atunci apar problemele. Să modific ceva. Celălalt nu poate să ţină pasul şi cade."

Terapeut: „Ai un exemplu concret în care s-a întâmplat astfel?"

Bogdan: „Nu, doar când vreau să creez ceva. Până atunci am făcut bine şi când vreau să adaug un ultim detaliu, asta strică totul."

Terapeut: „Dar în relaţia cu ceilalţi ai sesizat acelaşi lucru?"

Bogdan: „Nu prea."

Observ că Bogdan nu e ancorat în relaţiile interpersonale. E cu mintea la preocupările sale. Sesizează mai greu ceea ce ţine de relaţii. Nu este de mirare că îi e foarte dificil să-şi facă prieteni şi nu se simte integrat în colectivul clasei sale.

Terapeut: „Cum ai observat că ai fost în relaţiile cu ceilalţi colegi? Ai vrut să conduci tu sau te-ai lăsat mai mult condus?"

Bogdan: „Depindea de colegi. Unii îmi dădeau mie conducerea, alţii mai fricoşi... Alţii au abandonat."

Terapeut: „Ce ţi-a plăcut mai mult, să conduci sau să te laşi condus?"

Bogdan: „Să mă las condus era mai bine. Mă simţeam mai sigur. Când conduc eu pot să fac o greşeală şi celălalt să se supere. Când mă las condus mie îmi convine orice. Nu sunt pretenţios."

Terapeut: „Spune-ne mai multe despre primul aspect."

Bogdan: „Când fac ceva ar putea să nu-i convină celuilalt, dar dacă el face o mişcare mie îmi convine. Nu am pretenţii."

Terapeut: „Când am lucrat cu tine am observat că atunci când vroiai să ridici creionul în sus luai mâna de pe el, nu-mi dădeai de înţeles care e intenţia ta. Ce simţeai atunci?"

Bogdan: „Vroiam să fac ceva şi nu-l mai anunţam pe partener de decizia pe care vroiam să o iau şi aici se termina."

Terapeut: „Pentru că celălalt nu ghicea ce intenţie ai şi nu putea să ţină pasul cu tine?"

Bogdan: „Da."

Terapeut: „Deci strategia asta nu prea ţi-a adus avantaje. Dar dacă i-ai fi comunicat partenerului intenţia ta mai din timp?"

Bogdan: „Ar fi mers atunci."

Bogdan îşi asumă responsabilitatea pentru mecanismul pe care-l folosea în mod inconştient în eşuarea relaţiilor interpersonale.

Terapeut: „Eşti curios să auzi cum te-au văzut colegii în timpul jocului?"

Bogdan: „Da."

Tudor: „Parcă ai încercat să controlezi destul de mult şi parcă am simţit haos în mişcări. Cu mine ai încercat să conduci mai mult. Tu ai ghidat cel mai mult mişcările."

Alina: „Şi pe mine m-ai condus."

Matei: „Amândoi am greşit când a căzut creionul."

Ilinca: „Mi s-a părut că tu făceai mici mişcări gândite, dar erau şi mici mişcări de insecuritate până ne-am coordonat mişcările. Eu m-am lăsat condusă de tine. Simţi când cineva te poate conduce."

Terapeut: „Înţeleg că Bogdan ţi-a inspirat încredere."

Ilinca: „Da. A fost bine."

Terapeut: „Credeţi că Bogdan poate să intre în relaţii cu ceilalţi?"

Tudor: „Dacă poţi să te laşi condus şi să conduci, înseamnă că poţi să comunici."

Terapeut: „Ilinca a simţit că poate avea încredere în tine şi doi dintre colegi te-au lăsat să conduci, deşi tu ziceai că e mai uşor să te laşi condus. E important să ai mai mult curaj, încredere. Ce poţi să adaugi, Bogdan?"

Bogdan: „Mă gândesc că e bine ca într-o relaţie să te lupţi să dureze cât mai mult."

Odată cu feed-back-urile partenerii săi de joc, Bogdan a primit asigurarea că este acceptat, valorizat în grup. Asta a stimulat în el dorinţa de a se investi mai mult în relaţiile interpersonale.

b) Desen colectiv (adaptat după E şi B. Feder, 1984)

Tema urmărită prin această tehnică artterapeutică este Acceptarea versus Respingerea a ceea ce vine de la ceilalţi.

Consemn: „Fiecare desenează pe foaia de hârtie din faţa sa un lucru important pentru el. Fiecare îşi alege un creion cu culoarea diferită de a celorlalţi din grup... La un semnal al meu daţi foaia voastră colegului din dreapta şi primiţi foaia colegului din stânga. Continuaţi desenul care este acum în faţa voastră... La un alt semnal pasaţi mai departe desenul şi-l continuaţi pe cel pe care îl aveţi acum în faţă... O să rotiţi desenele când vă spun eu, până o să vă revină desenul început de voi... În faţa acestui desen, observaţi ce reacţie aveţi? Îl mai recunoaşteţi? Cât de mult se aseamănă sau nu cu intenţia voastră iniţială? Cât de mult vă place ceea ce a ieşit?"

Andreea: „Am fost şocată de ceea ce a făcut Mihnea aici. Ce e ăsta, schelet ambulant? Aici e pisica lui Tudor. Îţi plac pisicile?"

Tudor: „Îmi plac şi dă-mi voie să-ţi spun de ce am pus-o. Mi se părea o imagine prea de familie ca să lipsească şi un animal."

Andreea: „A, da."

Terapeut: „Cine ţi-a venit în întâmpinare cel mai mult în ceea ce ai vrut tu să transmiţi?"

Andreea: „Cristina. A desenat încă o persoană. Şi pisica lui."

Terapeut: „Prima ta reacţie a fost s-o respingi, dar când ai văzut că are un sens ai acceptat-o."

Andreea: „Da. Şi Radu a completat omul. Dar producţia lui Mihnea..."

Terapeut: „Ce ai vrut, Mihnea, să faci?"

Mihnea, cu un ton sfidător: „Să-i stric desenul."

Gabriela: „Eu la început nu mi-am recunoscut desenul. Apoi m-a impresionat cum l-au terminat colegii de grup."

Terapeut: „Cum l-ai găsit?"

Gabriela: „Foarte plăcut pentru mine. Mi-a plăcut cel mai mult de Cristina, pentru că mi-a completat cel mai mult desenul. Şi apa..."

Tudor: „Mai degrabă gheaţa. După opera lui Mihnea care părea să fie patine."

Gabriela: „A făcut şi ţigările el."

Cristi: „Fumezi, Mihnea?"

Mihnea: „Nu. Sunt anti. Şi acolo nu sunt patine. Am vrut să fac botoşei."

Terapeut: „Radu, pentru tine cum a fost când ţi-ai revăzut desenul?"

Radu: „Speriat de cum s-a schimbat. E diferit. Mi-a venit să râd de cum mi-a venit înapoi."

Terapeut: „Ai găsit lucruri care au venit în întâmpinarea desenului tău iniţial?"

Radu: „Da. Cam toate intră aici. Boxele merg, viruşii merg..."
Terapeut: „Este ceva care nu se prea potriveşte?"
Radu: „Nu cred. Cam toate se potrivesc. Mihnea a făcut cea mai mare parte din desen. Mi-a făcut boxe, mausul la calculator, viruşii, tot ce trebuie."
Terapeut: „Deci cu tine a comunicat bine Mihnea."
Radu: „Da."
Terapeut: „V-aţi dat seama cum aţi intervenit în desenele colegilor?"
Monica: „Eu am colorat, ca să nu stric."
Gabriela: „Am colorat, iar la Radu am scris ceva."
Radu: „Am desenat corpul omului la Andreea."
Cristina: „Eu nu am înţeles ce e aceasta din desenul meu."
Mihnea: „O pagină ruptă din carte."
Terapeut: „Ce reacţie ai avut când ţi-a venit desenul tău înapoi?"
Cristina: „Nu mă aşteptam ca ceilalţi să înţeleagă ce am vrut să desenez."
Terapeut: „Ţi se întâmplă de obicei în grupurile în care eşti să nu fii înţeleasă?"
Cristina: „Nu."
Terapeut: „Dar cine nu te înţelege?"
Cristina: „Mama."
În continuare am abordat cu ea dificultăţile de comunicare pe care le are în relaţia cu mama sa.
Terapeut: „Ţie, Mihnea, cum ţi-a revenit desenul?"
Mihnea: „E cel mai frumos. Am vrut să desenez un calculator."
Terapeut: „În plus sunt şi alte obiecte."
Mihnea: „E ceea ce uitasem eu să fac. Şi Tudor ce a vrut să facă cu raftul ăsta?"
Tudor: „Păi am vrut să te fac să citeşti nişte cărţi."
Mihnea: „Dar eu nu citesc."
Terapeut: „Te aşteptai să primeşti un desen aşa de frumos completat?"
Mihnea: „Da."
Andreea: „Nu e modest."
Terapeut: „Ai observat că până acum ceilalţi din grup..."
Mihnea: „Mai puţin Radu."
Terapeut: „Da. Însă ceilalţi au fost de la nervoşi până la supăraţi de ceea ce ai desenat tu pe foile lor. Ce părere ai despre asta?"
Mihnea: „Îmi place să le joc feste."
Terapeut: „Cu ce scop?"
Mihnea: „Să fiu mai şmecher."
Andreea: „Dar nu există riscul să te ia cineva la bătaie?"
Mihnea: „Nu. Aşa le fac şi la profesori. Îmi place să îi sperii."
Mihnea are tendinţa de a fi teribilist, agresiv cu ceilalţi. La şcoală are probleme din acest motiv.
Andreea: „Ai bătut pe cine vroiai să baţi la şcoală?"
Mihnea: „Da."
Andreea: „Tu sau bodyguard-ul tău?"
Mihnea: „Eu."
Andreea: „Tu... Păi am văzut că nu te pricepi la nimica."

Mihnea: „Ba mă pricep. La bătaie nu mă pricep, dar mă pricep la altele."
Terapeut: „La ce?"
Mihnea: „Dar la ce nu mă pricep."
Toţi râd amuzaţi de remarca lui Mihnea.
Gabriela: „M-ai dat pe spate la faza asta."
Mihnea: „Am bătut pe cineva mai mic de înălţime."
Andreea: „Mai bine decât pe nimeni."
Terapeut: „Deci felul tău mai şmecheros de a fi are ca scop să-ţi faci prieteni?"
Mihnea: „Să profit de pe urma lor."
Terapeut: „Dar faptul că ceilalţi din grup au fost deranjaţi de desenele tale ce-ţi spune?"
Mihnea: „Păi n-am vrut să-mi arăt calităţile artistice."
Rumoare în grup, comentarii.
Terapeut: „Nu te-a pus pe gânduri?"
Mihnea: „Păi asta era şi ideea."
Terapeut: „Tu cum te simţi când fac toţi glume pe seama ta?"
Mihnea: „Păi după aia îi bat. Eram campionul clasei la volei. Nu au vrut să mă bage în echipă, nu le-am ţinut pumnii şi au pierdut."
Terapeut: „Înţeleg că te-ai supărat că nu ţi-au recunoscut colegii talentul şi te-ai răzbunat."
Mihnea: „Da."
În acest moment Mihnea s-a apropiat de realitatea trăirilor sale. A recunoscut că modul lui provocator de a fi în relaţiile cu ceilalţi îi dă un sentiment de putere, el de fapt având multe complexe de inferioritate, unele legate de aspectul fizic. În timpul întâlnirilor următoare am urmărit să-l ajut să-şi exprime emoţiile lui reale şi să-şi îmbunătăţească imaginea de sine. A fost gratificat în grup de fiecare dată când a avut o intervenţie pozitivă, constructivă.

c) Pendulul (adaptat după Iolanda Mitrofan, 1996)
Scopul acestui exerciţiu este testarea încrederii în ceilalţi.
Consemn: „Vă aşezaţi în picioare în cerc unul lângă altul, cât mai apropiaţi... Am nevoie de un voluntar. Intră în centrul cercului şi lasă-te împins de mâinile colegilor, ţinând ochii închişi şi corpul drept. Nu îndoi genunchii. Voi îl împingeţi uşor, mai întâi în sens invers acelor de ceasornic, apoi în sensul acelor de ceasornic. Când aţi terminat două ture complete îl aşezaţi uşor în poziţie verticală... Tu observă ce trăiri ai acum, ce imagini îţi vin prin minte... Acum urmează altcineva să intre în centru... Toţi veţi trece prin această experienţă... Cine vrea să ne împărtăşească ce s-a întâmplat cu el în timp ce se afla în centru?"
Alina: „Mi-a fost frică. Mă simţeam aiurea, simţeam că plutesc, că totul se învârte în jurul meu. Mă luase ameţeala. Dar a fost bine până în final."
Terapeut: „Bine..."
Alina: „M-am ţinut bine pe picioare şi cu toţii m-aţi ţinut bine. Nu au fost momente în care puteam să cad."
Terapeut: „Frica în ce consta?"

Alina: „Când îi ţineam eu pe colegi credeam că atunci când va veni rândul meu o să mă las moale. Dar n-a fost aşa. Mi-a apărut frică că pot să cad. Am fost încordată... Aşa sunt eu de obicei."

Mihnea: „Pentru mine a fost greu. Tot trebuia să mişc picioarele. Nu puteam să le ţin apropiate... Şi e vorba de încredere. Ai încredere, dar picioarele trebuie să le ţii bine să nu cazi."

Terapeut: „Era o stare de teamă."

Mihnea: „Cine ştie ce s-ar fi putut întâmpla?"

Terapeut: „Ce?"

Mihnea: „Să cad. Nu am putut să stau cu picioarele lipite cum era regula. Numeni nu a putut."

Alina: „Eu aveam impresia că o să cad în genunchi."

Monica: „Eu m-am străduit să am încredere. A fost bun antrenamentul."

Tudor: „Pot să spun că am avut încredere, dar mi-am luat măsura de precauţie să nu am încredere totală. Să nu mă arunc. Să am puţin control."

Radu: „Am avut încredere cam 50%, în rest instinctele mele au avut reflexe foarte puternice."

Terapeut: „Totuşi ai avut mai multă încredere decât spuneai că ai cu alte ocazii. Noi chiar ne-am mirat la început că ţi-ai dat drumul destul de bine. Te-ai surprins şi tu pe tine?"

Radu: „Da."

Terapeut: „La sfârşit te-ai încordat. Ţi-a trecut ceva prin cap?"

Radu: „La început mi s-a părut simplu şi apoi simţeam că devin din ce în ce mai greu. Mi-era frică să nu-i strivesc pe ceilalţi. Eu am aşa o chestie: îmi pasă mai mult de ceilalţi decât de mine."

Terapeut: „Observ că mai mulţi dintre voi au asociat încordarea pe care au simţit-o în corp cu sentimentul de teamă că vi se poate întâmpla ceva rău. De obicei începe să ne fie teamă în urma unor experienţe pe care le-am avut şi, aşa cum încrederea se capătă în urma unor experienţe pozitive, neîncrederea apare în urma unor experienţe negative. Vă invit să vă gândiţi la relaţiile pe care le-aţi avut cu persoane apropiate şi să observaţi care dintre relaţii le asociaţi cu sentimentul de neîncredere."

În continuare fiecare a evocat un moment din viaţa lui când o persoană importantă l-a făcut să-şi piardă încrederea în ea. Am explorat împreună originea sentimentelor de neîncredere, ceea ce a condus la abordarea în manieră psihodramatică a unor relaţii traumatizante cu părinţii şi colegii. În final fiecare s-a gândit la persoane în care au sau pot avea încredere.

3.4. Validarea modului terapeutic

Modulul terapeutic a fost validat prin procedura test-retest. Am comparat rezultatele evaluării iniţiale a celor 20 de adolescenţi cu rezultatele evaluării finale. Am ales această procedură de validare pentru că mi-a fost foarte dificil să găsesc adolescenţi pentru un lot de control echivalent din toate punctele de vedere cu lotul de cercetare. De aceea, nu exclud prezenţa altor variabile care să fi influenţat schimbările survenite la adolescenţi pe parcursul celor nouă luni.

3.4.1. Verificarea ipotezelor cercetării

Ipoteza generală a cercetării: Presupun că participarea adolescenţilor la modulul terapeutic va conduce la îmbunătăţirea concepţiei lor despre Sine şi la creşterea stimei de sine, ceea ce va antrena diminuarea simptomele psihopatologice.

Ipoteze specifice, verificate statistic cu testul chi pătrat:

Ipoteza 1: Presupun că în urma participării la modulului terapeutic profilul dimensiunilor conceptului de Sine la adolescenţii din lot va suferi modificări în direcţia profilului normal.

Ipoteza a fost verificată cu ajutorul aplicării chestionarului G.P.S. Am comparat toate dimensiunile conceptului de Sine şi au reieşit următoatele rezultate:

În interiorul structurii **Eul Material** nu există diferenţe între prima şi a doua aplicare la niciuna dintre dimensiuni.

În interiorul structurii **Eul Personal** testul **chi pătrat** indică diferenţe semnificative la pragul de semnificaţie **$p < 0,05$** la următoarele dimensiuni la nivelul Imaginii de sine: **aspiraţii**, valoarea lui chi pătrat fiind de 3,956, şi **calităţi şi defecte**, valoarea lui chi pătrat fiind de 3,956.

La nivelul Identităţii de sine diferenţe semnificative la pragul de semnificaţie **$p < 0,05$** apar la categoriile: **ideologie**, valoarea lui chi pătrat fiind 6,667, şi la **consistenţă**, valoarea lui chi pătrat fiind de 5,013.

În interiorul structurii **Eul Social** se înregistrează diferenţe semnificative la categoria **receptivitate**, valoarea lui chi pătrat fiind de 3,956 la **$p < 0,05$**.

În interiorul structurii **Eul Adaptativ** întreaga sub-structură **Activităţi ale Eului** diferă semnificativ cu chi pătrat de 4,800 la **$p < 0,05$**. La nivelul categoriilor apar diferenţe semnificative pragul de semnificaţie **$p < 0,05$** la **strategii de adaptare**, unde valoarea lui chi pătrat este de 3,600, şi la **actualizare**, valoarea fiind de 13,333.

În interiorul structurii **Eu/ Non-Eu** nu există diferenţe între prima şi a doua aplicare la niciuna dintre dimensiuni.

Ipoteza se confirmă. *Apar diferenţe în toate structurile conceptului de Sine care au fost stimulate în modulul terapeutic.*

Ipoteza 2: Presupun că în urma participării la modulul terapeutic adolescenţilor le creşte nivelul valorizării imaginii de sine – mai multe scoruri notate cu 0.

Am folosit datele obţinute în urma aplicării testului Desenul Persoanei.

Valoarea testului **chi pătrat** de **12,338** la pragul de semnificaţie **$p < 0,05$** demonstrează că există diferenţe semnificative între prima şi a doua aplicare.

Ipoteza se confirmă. *Se poate spune că participarea la modulul terapeutic a condus la o îmbunătăţire a nivelului valorizări imaginii de sine la adolescenţii din lot.*

Următoarele ipoteze au fost verificate cu datele culese cu ajutorul testului Rorschach.

Ipoteza 3: Presupun că în urma participării la modulul terapeutic crește capacitatea de control și toleranța la stres a adolescenților – mai multe scoruri $D > 0$.

Valoarea testului **chi pătrat** este de **6,465** la pragul de semnificație **$p < 0,05$**, ceea ce demonstrează că există diferențe semnificative între prima și a doua aplicare.

Ipoteza se confirmă.

Ipoteza 4: Presupun că în urma participării la modulul terapeutic crește realismul în percepția de sine – mai multe scoruri $H > (H)+Hd+(Hd)$.

Valoarea testului **chi pătrat** de **7,033** la pragul de semnificație **$p < 0,05$** demonstrează că există diferențe semnificative între prima și a doua aplicare. Ipoteza se confirmă.

Ipoteza 5: Presupun că în urma participării la modulul terapeutic crește interesul pentru propria persoană – mai multe scoruri Ego Index mai mari ca media (0,33 – 0,45).

Valoarea testului **chi pătrat** de **3,956** la pragul de semnificație **$p < 0,05$** demonstrează că există diferențe semnificative între prima și a doua aplicare. Ipoteza se confirmă.

Ipoteza 6: Presupun că în urma participării la modulul terapeutic crește realismul perceperii oamenilor – mai multe scoruri $H > (H)+Hd+(Hd)/2$.

Valoarea testului **chi pătrat** este de **5,013** la pragul de semnificație **$p < 0,05$**, ceea ce demonstrează că există diferențe semnificative între prima și a doua aplicare. Ipoteza se confirmă.

Ipoteza 7: Presupun că în urma participării la modulul terapeutic scade tendința autocritică – mai multe scoruri $V < 0$.

Valoarea testului **chi pătrat** de **6,667** la pragul de semnificație **$p < 0,05$** demonstrează că există diferențe semnificative între prima și a doua aplicare. Ipoteza se confirmă.

Ipoteza 8: Presupun că în urma participării la modulul terapeutic crește gradul de adaptare și eficiență în relațiile interpersonale – mai multe raporturi GHR > PHR.

Valoarea testului **chi pătrat** de **3,956** la pragul de semnificație **$p < 0,05$** demonstrează că există diferențe semnificative între prima și a doua aplicare. Ipoteza se confirmă.

3.4.2. Interpretarea rezultatelor cercetării

Sinteza rezultatelor cercetării conduce la concluzia că în urma participării la modulul terapeutic s-au produs la adolescenții din lot modificări semnificative la nivelul conceptului de Sine și al stimei de sine.

Interesul pentru propria persoană crește la adolescenții participanți la grupurile terapeutice. În final au o percepție mai clară, mai realistă de sine, mai puține dubitații,

contradicţii interioare. În ceea ce priveşte conceptul de Sine, cei mai mulţi dintre ei reuşesc să-şi identifice şi să-şi definească mai bine aspiraţiile, calităţile şi defectele. De asemenea, pot să-şi exprime opiniile, ideile personale cu mai multă uşurinţă.

Un alt câştig important identificat atât cu ajutorul testului Desenul Persoanei, cât şi cu Testul Rorschach este creşterea nivelului valorizării imaginii de sine, în legătură strânsă cu diminuarea tendinţei autocritice.

Creşterea capacităţii de control şi toleranţa la stres a adolescenţilor (determinate cu testul Rorschach) corelează cu conştientizarea strategiilor adaptative de care dispun pentru a face faţă problemelor cu care se pot confrunta (chestionar G.P.S.).

La nivel interpersonal, adolescenţilor le creşte realismul perceperii oamenilor şi gradul de adaptare şi eficienţă în relaţiile interpersonale. Sunt mai interesaţi de relaţiile sociale pozitive comparativ cu cele axate pe dominare şi agresivitate.

Faptul că adolescenţii îşi percep evoluţia personală în perioada participării la modulul terapeutic poate fi sesizat din creşterea frecvenţei referirilor incluse în categoria conceptului de Sine actualizare.

Din autoevaluările finale reiese că majoritatea adolescenţilor apreciază că în urma participării la modulele terapeutice au obţinut o mai bună cunoaştere de sine şi şi-au îmbunătăţit relaţiile interpersonale.

Concluzii finale şi implicaţii ale cercetării

Prin adaptarea la contextul românesc a unui instrument psihodiagnostic, am reuşit să pun în evidenţă faptul că undeva între 16 şi 18 ani se găseşte un punct critic ce face diferenţa între starea de normalitate şi cea de patologie a viitorului adult. Această piatră de hotar este dată de modul în care se structurează conceptul de Sine. Pentru adolescentul român, am găsit o corelaţie puternică între patologia psihică şi slaba identitate de sine, în special prin lipsa aspiraţiilor, ambiguitatea emoţiilor şi a sentimentelor şi slabă definire ideologică.

Un posibil răspuns optimist pentru diminuarea acestui risc este intervenţia de tip experienţial, ce caută să însoţească structurarea conceptului de Sine la adolescent. Semnificaţia particulară a demersului experienţial, aşa cum l-am elaborat pentru prima oară în această cercetare, este că, cel puţin la această vârstă, abordarea terapeutică sistematică a tuturor dimensiunilor conceptului de Sine duce la deblocarea atât prin acţiune directă, cât şi prin influenţă a teritoriilor interioare de stază.

În cele ce urmează, voi puncta modul în care am reuşit să ating obiectivele fixate în fiecare din cele trei mari etape ale cercetării (adaptarea instrumentului, analiza diferenţelor dintre dimensiunile conceptului de Sine ale adolescentul normal şi ale celui cu tulburare psihică şi structurarea modulului terapeutic de tip experienţial centrat pe stimularea şi dezvoltarea conceptului de Sine). Totodată, pentru fiecare dintre cele trei părţi ale cercetării, voi arăta implicaţiile rezultatelor, atât la nivel teoretic, cât şi practic.

În prima etapă am adaptat în premieră în România instrumentul de evaluare a conceptului de sine G.P.S. (Geneza Percepţiei de Sine) al autorului canadian Rene L'Ecuyer şi am determinat cu ajutorul lui profilul dezvoltării conceptului de Sine la adolescenţii liceeni. Lotul a fost alcătuit din 480 de adolescenţi, jumătate fete şi jumătate băieţi, cu vârste cuprinse între 14½ şi 18½ ani, aleşi la întâmplare din 11 licee bucureştene. În urma evaluării am putut identifica cele mai importante dimensiuni ale conceptului de Sine care apar în perioada adolescenţei; schimbările survenite de-a lungul înaintării în vârstă; diferenţele de profil ale conceptului de Sine la fete şi băieţi.

Interpretarea rezultatelor a condus la ideea existenţei unei dinamici a schimbărilor în interiorul categoriilor conceptului de Sine atât la fete, cât şi la băieţi, pe măsura înaintării în vârstă. A reieşit că schimbările cele mai semnificative se produc în special în jurul vârstei de 16–17 ani. Acest moment pare să fie foarte important în formarea cunoaşterii de sine.

Rezultatele cercetării au demonstrat că nu există diferenţe statistic semnificative între loturile de adolescenţi aparţinând diferitor clase şcolare la nivelul structurilor mari ale conceptului de Sine. Diferenţele apar doar la nivelul sub-

structurilor, şi mai ales al categoriilor. S-ar putea deci concluziona că, din punct de vedere al dinamicii generale, organizarea de sine se efectuează în mod sensibil în jurul aceloraşi nevoi, preocupări sau obiective fundamentale (structurile şi sub-structurile), dar că această orientare dinamică foarte asemănătoare nu este trăită în mod identic de către adolescenţii cu vârste diferite.

De asemenea, s-au pus în evidenţă diferenţe semnificative între fete şi băieţi la toate nivelurile conceptului de Sine: structuri, sub-structuri şi categorii, atât în toată perioada adolescenţei, cât şi la fiecare etapă de vârstă. Percepţiile fetelor privitoare la propria persoană sunt diferite de cele ale băieţilor, chiar şi unele dimensiuni ale conceptului de Sine au o dinamică diferită odată cu înaintarea în vârstă. Cele mai multe diferenţe apar între fetele şi băieţii din clasele a XI-a şi a XII-a. Se poate spune deci că în jurul vârstei de 17–18 ani diferenţele de sex-rol îşi pun mai clar amprenta în modul cum este construit conceptul de Sine.

Concluziile acestei etape a cercetării au atât implicaţii teoretice, cât şi practice. Din punct de vedere teoretic, ele aduc un plus de înţelegere asupra dinamicilor evoluţiei conceptului de Sine în perioada adolescenţei şi mai ales asupra diferenţelor care există între fete şi băieţi.

Implicaţiile practice se referă atât la domeniul educaţional, cât şi la cel al consilierii şcolare. Cunoscând modul cum se percep adolescenţii la diferite vârste şi diferenţele care există între fete şi băieţi, profesorii şi părinţii au posibilitatea să-şi adapteze mai bine modul de comunicare cu ei. De asemenea, cunoscând aceste lucruri, precum şi dimensiunile conceptului de Sine care au cel mai mare grad de flexibilitate şi mobilitate de-a lungul adolescenţei, consilierii şcolari au puncte de reper importante pentru tipul de intervenţie centrată pe cunoaşterea de sine a adolescenţilor şi pentru orientarea lor profesională.

Obiectivul celei de a doua etape a cercetării a fost identificarea dificultăţilor şi perturbărilor în dezvoltarea conceptului de Sine la adolescenţii diagnosticaţi cu diferite tulburări emoţionale şi de comportament în clinica de neuropsihiatrie, folosind instrumentul G.P.S.

Lotul de studiu a fost alcătuit din 60 adolescenţi cu tulburări emoţionale (jumătate fete şi jumătate băieţi) şi 60 adolescenţi cu tulburări de comportament (jumătate fete şi jumătate băieţi), cu vârste cuprinse între 14½ ani şi 18½ ani.

Analiza şi interpretarea rezultatelor cercetării au pus în evidenţă faptul că există diferenţe semnificative între dimensiunile conceptului de Sine la adolescenţii (fete şi băieţi) normali faţă de cei cu patologie psihică emoţională sau de comportament.

Au fost determinate profilele dimensiunilor conceptului de Sine ale adolescenţilor din lot, ţinând cont de tipul tulburării psihice şi genul sexual. Analiza cantitativă şi analiza de conţinut a datelor cercetării au condus la realizarea unor tablouri ale conceptului de Sine specific fiecărei tipologii mari de tulburare psihică. Consider că aceste rezultate contribuie la o mai bună înţelegere a psihopatologiei adolescentului.

Noutatea studiului, care reprezintă şi contribuţia personală metodologică, este dată de aplicarea instrumentului G.P.S.pentru prima oară în cazul persoanelor cu

tulburări psihice. Autorul lui, prof. Rene L'Ecuyer, l-a aplicat doar pe persoane sănătoase fizic şi psihic.

Etapa a treia a cercetării a avut ca obiectiv practic construirea, aplicarea şi validarea unui modul de optimizare şi stimulare a conceptului de Sine la adolescenţi, bazat pe principiile teoretice şi metodologia Psihoterapiei Experienţiale a Unificării. Am plecat de la premisa că participarea adolescenţilor la un astfel de modul de optimizare şi dezvoltare personală centrat pe îmbunătăţirea simţului şi conceptului de Sine va conduce la realizarea unor contacte mai funcţionale cu ei înşişi şi cu mediul şi, în consecinţă, la diminuarea sau chiar dispariţia simptomelor patologice.

Au fost selectaţi pentru cele două grupuri terapeutice 20 de adolescenţi, jumătate fete şi jumătate băieţi, jumătate dintre ei fiind diagnosticaţi cu diferite tulburări emoţionale şi jumătate cu tulburări de comportament, în două dintre clinicile de neuropsihiatrie cu care am colaborat. Am avut cu fiecare grup 18 întâlniri bilunare pe parcursul a nouă luni, fiecare întâlnire de grup durând patru ore.

Bazându-mă pe teoria şi metodologia Psihoterapiei Experienţiale a Unificării, am creat o strategie psihoterapeutică care să conducă la stimularea şi dezvoltarea conceptului de Sine al adolescenţilor din lot. Tehnicile de lucru alese în construirea modulului terapeutic s-au adresat tuturor dimensiunilor conceptului de Sine care am constatat în etapa anterioară a cercetării că sunt deficitare la aceşti adolescenţi. Dar tocmai caracterul holistic al P.E.U. a făcut ca, stimulând o anume dimensiune, să fie stimulate şi celelalte. Pentru a-i ajuta pe adolescenţi să-şi câştige un mai bun simţ de sine şi să-şi formeze un concept de Sine adaptat vârstei lor, am creat şi adaptat experienţe care să le stimuleze conştientizarea şi integrarea structurilor mari ale conceptului de Sine: Eul Corporal, Eul Personal, Eul Adaptativ şi Eul Social.

Modulul terapeutic a fost validat prin procedura test-retest. Rezultatele arată că, în urma participării la grupurile terapeutice, s-au produs la adolescenţi modificări semnificative la nivelul conceptului de Sine şi al stimei de sine.

Consider că lucrarea de faţă, prin rezultatele care au fost prezentate mai sus, are atât contribuţii şi implicaţii teoretice, metodologice, cât şi contribuţii practice.

La nivel teoretic:

– În domeniul psihologiei dezvoltării, aduce o mai bună cunoaştere asupra dinamicii transformărilor conceptului de Sine în perioada adolescenţei şi asupra diferenţele care apar între fete şi băieţi la acest nivel.

– În domeniul psihopatologiei, pune în evidenţă perturbările şi disfuncţiile care apar la nivelul dimensiunilor conceptului de Sine la adolescenţii cu tulburări emoţionale şi de comportament comparativ cu adolescenţii fără tulburări.

La nivel metodologic:

– Instrumentul de evaluare a conceptului de sine G.P.S. este un instrument complex şi bine fundamentat teoretic de către creatorul său, profesorul Rene L'Ecuyer. Adaptarea acestui instrument în România, atât pentru persoanele normale, cât şi pentru cele ce din sfera patologicului, consider că este o contribuţie în îmbogăţirea metodelor psihodiagnostice.

Am lărgit aria interpretării rezultatelor strânse cu acest instrument, aplicând analiza de conţinut. S-a realizat în acest mod o analiză mai fină a dimensiunilor conceptului de Sine şi în final o mai bună cunoaştere a Eului adolescenţilor, fie ei normali sau cu tulburări psihice.

La nivel practic:

– Construirea şi validarea unui modul terapeutic centrat pe dezvoltarea conceptului de Sine la adolescenţi, bazat pe principiile teoretice şi metodologice ale Psihoterapiei Experienţiale a Unificării, este utilă consilierilor şi terapeuţilor care lucrează cu adolescenţi.

Anexă
Metoda G.P.S. – directive

După prezentările uzuale şi stabilirea contactului, subiecţii sunt informaţi ce se aşteaptă de la ei, zicându-le:

1. „Am nevoie de ajutorul vostru pentru a participa la o cercetare ce se desfăşoară acum la Facultatea de Psihologie din Universitatea Bucureşti. Sunt interesată de modul în care adolescenţii se percep pe ei înşişi, cu scopul de a-i ajuta şi pe cei care interacţionează cu ei (părinţi, profesori) să-i cunoască mai bine. Aceasta este o muncă importantă şi voi, dacă vreţi, mă puteţi ajuta să o realizez."

2. „Iată ce mi-ar plăcea să faceţi. Veţi încerca să vă descrieţi pe voi înşivă, aşa cum vă vedeţi, nefiind important ceea ce cred ceilalţi despre voi. Voi sunteţi cei care îmi veţi spune cine sunteţi, scriind pe o foaie pe care v-o dau."

3. „Nu este vorba aici de ceva asemănător unui concurs sau examen. Toate răspunsurile sunt bune; ceea ce spuneţi şi ceea ce gândiţi voi, acesta este răspunsul cel bun."

4. „Puteţi să vă simţiţi liniştiţi. Voi puteţi scrie tot ceea ce vreţi, pentru că acestea nu vor fi transmise părinţilor, profesorilor voştri sau directorului şcolii. Sunt lucruri pe care le considerăm confidenţiale şi nu vor fi dezvăluite."

5. „Aveţi cât timp vreţi la dispoziţie ca să puteţi să-mi spuneţi toate aceste lucruri. Nu sunteţi cronometraţi.

Nu uitaţi: la întrebările care vi le voi pune, încercaţi să-mi spuneţi maximum de lucruri posibile despre voi. Aceasta poate fi puţin dificil, dar eu sunt sigură că vă veţi descurca bine, că reuşiţi."

6. Examinatorul îi întreabă apoi dacă sunt întrebări, dar răspunde în aşa manieră încât să nu dea nicio sugestie pentru răspunsurile pe care le vor formula subiecţii.

La remarcile de tipul:

– „Ce pot spune despre mine?"
– „Cum pot face pentru a mă descrie?"
– „Nu am nimic de spus despre mine."

Examinatorul poate răspunde: „Eu nu vă cunosc deloc. Deci încercaţi să-mi spuneţi cât mai multe lucruri despre voi, ceea ce vă vine în minte şi face parte din voi. Dacă veţi face aceasta cât mai bine puteţi, atunci voi ajunge în mod sigur să vă cunosc puţin, să ştiu puţin cine sunteţi."

La întrebări de genul:

– „Trebuie să răspund cum am fost eu în trecut, cum sunt în prezent sau cum voi fi în viitor?"

– „Trebuie să vorbesc despre calităţile, defectele mele, gusturile sau interesele mele...?"

Examinatorul trebuie să răspundă într-un mod foarte general, de exemplu: „Este cum vreţi voi. Sunteţi liberi să spuneţi ceea ce vreţi; voi sunteţi cei care decideţi asta. Tot ceea ce spuneţi este bun, cu condiţia ca ceea ce spuneţi să gândiţi cu adevărat."

Se notează întrebările pe care le pun subiecţii, ca şi reacţiile lor: entuziasm, confuzie, îndoială că nu pot realiza această sarcină.

7. Dacă este vorba de o întrevedere individuală, se trece apoi la chestionarul G.P.S.; se citeşte lent întrebarea 1, după ce examinatorul s-a asigurat de atenţia persoanei, şi se adaugă explicaţia înscrisă sub întrebare. Se încurajează în mod constant persoana să urmărească autodescrierea şi să-şi precizeze gândirea sa, evitându-se cu grijă intervenţiile susceptibile de a sugera sau de a face persoana să se gândească să abordeze un anume aspect din câmpul său experienţial.

Răspunsurile se notează cuvânt cu cuvânt.

Dacă este vorba de un mic grup, se trece la punctele 8 şi 9:

8. Datele despre vârstă, sex, şcolaritate trebuie completate după test, nu înainte, pentru a evita influenţarea răspunsurilor la test.

„Mulţumesc pentru colaborare!"

9. Se distribuie apoi chestionarele şi se citeşte cu voce tare prima întrebare:

„Prima întrebare la care voi trebuie să încercaţi să răspundeţi este următoarea: CINE SUNT EU? Pentru a face acest lucru mai uşor, încercaţi să vă descrieţi pe voi înşivă, aşa cum sunteţi, aşa cum vă vedeţi, puţin interesează ceea ce spun ceilalţi. Spuneţi cât mai mult posibil, chiar dacă aceasta ar putea fi dificil."

Acestea fiind spuse, se precizează că ei vor trebui să răspundă şi la alte întrebări.

În timp ce lucrează, sunt încurajaţi subiecţii ce par a avea dificultăţi, evitându-se totuşi suscitarea de întrebări continue din partea unui subiect sau a altuia.

G.P.S. – Chestionar

Prima întrebare la care trebuie să răspundeţi este următoarea:

1. „CINE SUNT EU?"

Ca să-ţi fie mai uşor, încearcă să te descrii pe tine aşa cum eşti tu, aşa cum te vezi tu, puţin interesând ce gândesc alţii despre tine. Spune despre tine cât mai multe lucruri posibile, chiar dacă aceasta ar putea părea dificil.

2. Mi-ai spus multe lucruri importante despre tine, pentru că ai considerat că ele te descriu bine. Încearcă acum să precizezi în câteva cuvinte care este aspectul *cel mai important pentru tine din această descriere, cel care îţi este cel mai aproape de suflet.*

G.P.S. – Testul Limitelor

Testul limitelor trebuie să fie administrat după test, niciodată înainte, pentru a se evita influenţarea răspunsurilor de către conţinutul întrebărilor.

„Rugaţi să se descrie, unii oameni spun despre ei diferite lucruri. Iată aici o listă cu câteva dintre acestea. Poate că despre unele dintre acestea aţi scris deja. Nu este nevoie să reveniţi asupra lor. Dacă sunt unele despre care nu aţi scris, puteţi să o faceţi acum."

Lista subiectelor:

„Dacă unele dintre subiectele pe care le voi enumera au o oarecare importanţă pentru voi şi vă vor ajuta să vă descrieţi mai bine, vă rog să o faceţi, adăugând pe a doua foaie elemente noi care să completeze descrierea pe care v-aţi făcut-o anterior. Astfel, unele persoane vorbesc despre:

– aspectul lor exterior… corpul lor…
– sănătatea lor… bolile lor…
– ceea ce ele au, ceea ce posedă…
– diverse alte persoane din mediul lor…
– ambiţiile, dorinţele lor…
– activităţile lor, ceea ce fac ele…
– diversele lor calităţi şi defecte…
– ceea ce ele simt…
– responsabilităţile lor…
– gândurile, părerile pe care le au despre ele însele…
– reacţiile lor faţă de ceea ce li se cere… reacţiile lor faţă de deciziile pe care le au de luat…
– comunicarea lor cu ceilalţi…
– prietenii şi prietenele lor…

Dacă există şi alte lucruri despre care aţi vrea să vorbiţi, pentru că acestea v-ar putea descrie mai bine, puteţi de asemenea să le adăugaţi."

Referinţe bibliografice

1. ALLPORT, G. (1991) – *Structura şi dezvoltarea personalităţii*, Ed. Didactică şi pedagogică, Bucureşti
2. BORIA, G. (1997) – *Psihodrama Clasică*, Şcoala de Psihodramă clasică moreniană, Bucureşti
3. Bracken, B., Lamprecht, S. (2003) – *Positive self-concept. An equal opporturity construct*, School Psychology Quarterly, vol. 18 ISS2, N.Y., pp. 103–107
4. CAMERON, H., RYCHOLAK, J. (1985) – *Personality development and psychopatology. A dinamic approach*, Houghton Miffin Company, Boston
5. CAMPBELL, J. (1990) – *Self-esteem and clarity of the self-concept*, J. Pers. Soc. Psychology, vol. 59, N.Y., pp. 23–31
6. ERIKSON, E. H. (1963) – *Chilhood and Society*, W.W. Norton, N.Y.
7. ERIKSON, E. H. (1968) – *Identity: Youth and Crisis*,W.W. Norton, N.Y.
8. EXNER, J. (1991) – *The Rorschach – A comprehensive System. Vol. 2: Interpretation*, second edition, John Wiley&Sons, Inc.
9. EXNER, J. (1994) – *The Rorschach – A comprehensive System. Vol. 1: Basic Foundations*, third edition, John Wiley&Sons, Inc.
10. EY, H. (1983) – *Conştiinţa*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti
11. FESHBACH, S., WEINER, B. (1986) – *Personality*, D.C. Heath and Company, Berkeley
12. GINGER, S. (2000) – *La Gestalt – Une Therapie du contact*, Hommes et Groupes editeurs, Paris
13. GREENBERG, L., WATSON, J., LIETAER, G. (1999) – *Handbook of experiential psychotherapy*, The Guilford Press, N.Y.
14. GREYDANUS, D. M. D., F:A:A:P: Editor-in-chief, Basche, P. (2003) – *The complete and authoritative guide. Caring for your teenager*, Bantam Books, N.Y.
15. HARTER, S. (1998) – *The development of self-reprezentation*, in Domon, W. and Eiscurberg, N. (eds.), Handbook of Child Psychology, Vol. 3, Social, Emotional and Personality Development, Wiley, N.Y.
16. HARTER, S. (1999) – *The construction of the self. A developmental perspective*, Guilford Press, N.Y.
17. Houzel, D., Emmanuelli, M., Moggio, F. (2000) – *Dictionnaire de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, Paris
18. KESSEL, F., COLE, P., JOHSON, D. (1992) – *Self and Consciousness – Multiple perspectives*, Lowrence Erlbann Associate Publ. Hillsdole
19. L'ECUYER, R. (1978) – *Le concept de soi*, PUF, Paris
20. L'ECUYER, R. (1990) – *Methodologie de l'analyse developpementale du contenu. Methode G.P.S. et concept de soi*, Presses de L'Universite du Quebec
21. L'ECUYER, R. (1993) – *Le developpment du concept du Soi de l enfance a la vieillese*, Les Presses de L'Universite de Montreal
22. LEBOVICI, S., DIATKINE, R., SOULE, M. (1999) – *Nouveau traite de psychiatrie de l enfant et de l adolescent*, PUF, Paris

23. LELORD, F., ANDRE, CH. (1999) – *Cum să te iubeşti pe tine pentru a te înţelege mai bine cu ceilalţi*, Ed. Trei, Bucureşti
24. LEVENTON, E. (1992) – *A clinician's Guide to Psychodrama*, Springer Publishing company, New York
25. LIEBMANN, M. (1986) – *Art Therapy for Groups, a handbook of Themes, Games and Exercises*, Croom Helm Ltd and Brookline books, London
26. LUTZ, C. J., ROSS, S. (2003) – *Elaboration versus fragmentation: Distinguishing between self-complexity and self-concept differentiation*, Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 22, ISS 22, N.Y., pp. 537–559
27. MARCELLI, D., BRACONNIER, A. (1988) – *Psychopatologie de l'adolescent*, Masson, Paris
28. MARSH, H. W. (1987) – *The hierarchical structure of self-concept: An application of hierarchical confirmatory factor analysis*, Journal of Educational Measurement, Vol. 24, pp. 17–39
29. MILEA, Ş. (1988) – *Psihiatria copilului şi adolescentului*, în Pediatria, vol. 5., I.M.F., Bucureşti
30. MITROFAN, IOLANDA (2004) – *Terapia Unificării. Abordare holistică a dezvoltării şi transformării umane*, Ed. SPER, Bucureşti
31. MITROFAN, IOLANDA (2005) – *Reflexia psihologică a celor patru elemente în dinamica integrării Egoului în Sine. Incursiune într-o posibilă analiză holistică de simbol*, Rev. de Psihoterapie Experienţială, nr. 30, Ed. SPER, Bucureşti
32. MITROFAN, IOLANDA (coord.) (1997) – *Psihoterapia experienţială*, Ed. Infomedica, Bucureşti
33. MITROFAN, IOLANDA (coord.) (2000) – *Orientarea experienţială în psihoterapie*, Ed. SPER, Bucureşti
34. MITROFAN, IOLANDA (coord.) (2003) – *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane. Psihologie, psihopatologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrată pe copil şi familie*, Ed. Polirom, Iaşi
35. MOREAU, A. (1999) – *Putere, autonomie, vindecare*, Ed. Astrobius, Bucureşti
36. MORENO, J. L. (1965) – *Psychotherapie de groupe et Psychodrame*, P.U.F., Paris
37. PERLS, F. S. (1969) – *Gestalt therapy verbatim*, Real People Press, Lafayette
38. PERLS, F. S., HEFFERLINE, R., GOODMAN, P. (1951) – *Gestalt therapy: Excitement and growth in human personality*, Dell, New York
39. POTKAY, C. R., ALLEN, B. P. (1986) – *Personality: Theory, Research and Applications*, Brooks/ Cole Publishing Company, Monterey California
40. ROBERT-OUVRAY, SUSSANE B. (2001) – *Copilul abuzat, copilul meduzat*, Ed. Eurostampa, Timişoara
41. ROGELET, A. (2001) – *Un atelier de collage avec des enfants hyperactifs*, Universite Lumiere Lyon 2, document roneote
42. ROGERS, C. R. (1951) – *Client centred Therapy*, Houghton Miffin company, Boston
43. ROGERS, C. R. (1971) – *La relation D'Aide et la Psychotherapie*, Les Editions ESF
44. ROGERS, C. R. (1993) – *On becaming a Person*, Constable and Company Ltd., London
45. ROSENBERG, M. (1965) – *Society and the adolescent self-image*, Princeton, N.Y.
46. ROSENBERG, M. (1979) – *Conceiving the Self*, Basic Books, N.Y.
47. ROSENBERG, M. (1986) – *Self Concept from middle chilhood through adolescence*, in J. Suls and A.G. Greenwold (eds.), Psychological perspective on the self, Vol. 3, Lowrence Erlbaum, Hillsdale, N.Y.
48. SANTROCK, W. JOHN (1984) – *Adolescence*, C. Brown Publishers, Dubuque Iowa
49. SCORESBY, A. L., PRICE, A. (1991) – *Readings in Child Development*, Mc Grow – Hill Inc, USA
50. SHAPKA, J., KEATING, D. (2005) – *Structure and Change in Self-Concept During Adolescence*, Canadian Journal of Behavioral Science, vol. 37, Iss 2, Ottawa, pp. 83–96

51. STREIN, WILLIAM (1995) – *Assessment of Self-Concept*, source: ERIC Clearinghouse on Counseling and Student Services greensboro NC.
52. ŞCHIOPU, U., VERZA, E. (1995) – *Psihologia vârstelor, ciclurile vieţii*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti
53. URBAN, W. H. (1967) – *The „Draw-a-person" catalogue for interpretative analysis*, second edition, Westen Psychological Services, Beverly Hills, California
54. VACHERET, C. (2000) – *Photo, groupe et soin psychique*, Press Universitaire de Lyon
55. VLADISLAV, ELENA OTILIA (1997) – *Demers expresiv în psihoterapia copilului şi adolescentului*, disertaţie Master Universitatea Bucureşti (coord. Iolanda Mitrofan)
56. WALLON, H. (1968) – *Evoluţia psihologică a copilului*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti
57. WILGENBURSCH, T., MERRELL, K. (1999) – *Gender difference in self-concept among children and adolescents: A meta-analysis of multidimensional studies*, Vol. 14, ISS2, N.Y., p. 101
58. WINNICOTT, D. W. (1975) – *Jeu et realite. L'espace potentiel*, Gallimard, Paris

Tiparul s-a executat sub c-da nr. 2536/2009
la Tipografia Editurii Universității din București


2010/721


ISBN 978-973-737-775-3
9 789737 377760